

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**

**Turma 6 - Modalidade à Distância**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Abordagem aos Hipertensos e Diabéticos na comunidade rural de Cacimba de Baixo, no município de Serra Caiada-RN**

**Taianny Melca Araújo Torres**

Pelotas, 2015

TAIANNY MELCA ARAÚJO TORRES

**Abordagem aos Hipertensos e Diabéticos na comunidade rural de Cacimba de Baixo, no município de Serra Caiada-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de Pelotas,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Dariane dos Santos Oleiro

PELOTAS, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

T693a Torres, Taianny Melca Araújo

Abordagem aos hipertensos e diabéticos na comunidade rural de Cacimba de Baixo, no município de Serra Caiada-RN / Taianny Melca Araújo Torres; Dariane Dos Santos Oleiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Oleiro, Dariane Dos Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

## **Dedicatória**

As maravilhas de Deus estão a nosso dispor por toda a vida, basta que lutemos para conquistar o espaço que é nosso no mundo. Obrigada a todos que contribuíram para a concretização deste trabalho.

## **Agradecimentos**

Não poderia deixar de agradecer a Deus primeiramente, minha família, minha orientadora Dariane Oleiro, pela paciência, à minha equipe de trabalho em Estratégia Saúde da Família e a cada usuário que colaborou com a realização deste projeto.

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez.”

(Jean Cocteau)

## Resumo

TORRES, Taianny Melca Araújo. **Abordagem aos hipertensos e diabéticos na comunidade rural de Cacimba de Baixo, no município de Serra Caiada-RN.** 2015. 100f. Trabalho de conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Introdução: A hipertensão e o diabetes são problemas de saúde pública responsáveis por um grande número de internações e morbimortalidade. As comunidades atendidas pela Unidade Básica de Saúde da Família de Cacimba de Baixo, município de Serra Caiada/RN, observou-se que havia uma baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família para essas entidades. Objetivo: melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos. Métodos: O estudo foi realizado durante os meses de abril a dezembro de 2014, com 158 usuários hipertensos e diabéticos residentes nas comunidades Cacimba de Baixo, Fernandes, Lagoa das Figuras e Lagoa Limpa. Foi realizado o cadastramento desses usuários através da ficha-espelho, atendimentos em Hiperdia, grupos de promoção à saúde. Resultados: Foram cadastrados 52,4% dos hipertensos e 68% dos diabéticos da meta prevista. Realizamos exames clínicos em 89% dos hipertensos e 91% dos diabéticos cadastrados. Solicitamos exames complementares de acordo com o protocolo para 46,4% dos hipertensos e 51% dos diabéticos. Priorizamos a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia para 88% dos hipertensos e 84% dos diabéticos. Atendemos a 95% dos hipertensos faltosos com busca ativa e 100% dos diabéticos. Fizemos o registro adequado de 78,6% hipertensos e 77,8% dos diabéticos. Realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 56% de hipertensos e de 97% dos diabéticos. Orientamos sobre a importância de uma alimentação saudável 99% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados. Promovemos a realização de atividade física a 94% de hipertensos e 97% de diabéticos. Orientamos sobre os males do tabagismo a 98% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Discussão: Embora as ações de Saúde Bucal não tenham sido desempenhadas, as ações

propostas foram, em maioria, executadas integralmente ou parcialmente. Impressões pessoais: A maioria dos indicadores tiveram resultados satisfatórios para o período.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Diabetes; ESF.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, Serra Caiada-RN, 2014.	77
Figura 2	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, Serra Caiada-RN, 2014.	78
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Serra Caiada-RN, 2014.	79
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Serra Caiada-RN, 2014.	80
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Serra Caiada-RN, 2014.	81
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Serra Caiada-RN, 2014.	82
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Serra Caiada-RN, 2014.	83
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Serra Caiada-RN, 2014.	84
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, Serra Caiada-RN, 2014.	85
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, Serra Caiada-RN, 2014.	86
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com	87



registro adequado na ficha de acompanhamento, Serra Caiada-RN, 2014.

Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Serra Caiada-RN, 2014.	88
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Serra Caiada-RN, 2014	89
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Serra Caiada-RN, 2014	90
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, Serra Caiada-RN, 2014	91
Figura 16	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, Serra Caiada-RN, 2014.	92
Figura 17	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, Serra Caiada-RN, 2014.	93
Figura 18	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, Serra Caiada-RN, 2014.	94
Figura 19	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, Serra Caiada-RN, 2014.	95
Figura 20	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, Serra Caiada-RN, 2014.	96

**Lista  
de  
Sigla  
s**

ACS  
–  
Agent  
e  
Comu

nitário de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DM – Diabetes Mellitus

EAD – Educação à Distância

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

LACEN RN – Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

LOA – Lesão de órgão alvo

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão arterial

SUS – Sistema Único de Saúde

TOTG – Teste oral de tolerância à Glicose

UBS - Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>Apresentação</b>	
<b>1 Análise Situacional</b>	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	16
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
<b>2 Análise Estratégica</b>	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística	53
2.3.4 Cronograma	56
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	67
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	68
4.1 Resultados	68
4.2 Discussão	87
4.3 Relatório da intervenção para a comunidade	88
4.4 Relatório da Intervenção para os gestores	89
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	91
<b>6. Referências Bibliográficas</b>	92
<b>Anexos</b>	94
Anexo 1 – Planilha	94
Anexo 2 – Ficha espelho	95

Anexo 3 – Documento do comitê de ética	96
Anexo 4 – Foto do treinamento da Equipe	97
Anexo 5 – Foto de reunião do grupo de Promoção à Saúde Hiperdia	97

## **Apêndices**

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Este aborda uma análise das práticas em Estratégia Saúde da Família da comunidade de Cacimba de Baixo, município de Serra Caiada/RN, que levou à escolha do tema “Hiperdia” para a elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a cobertura nessa área.

O volume está organizado em cinco unidades. A análise situacional, descrita no capítulo 1, teve início com o reconhecimento do território, equipe, instalações físicas, materiais e insumos, atribuições dos profissionais e como estava a atenção em cada linha de cuidado. A partir dela, foi escolhido o tema para elaboração de um projeto de intervenção.

O capítulo 2, abrangeu a elaboração de um plano de intervenção direcionados aos usuários, principalmente hipertensos e diabéticos, residentes na área adstrita à ESF Cacimba de Baixo.

O terceiro capítulo versa sobre a satisfação das metas propostas no projeto de intervenção.

O capítulo 4 retrata a discussão dos resultados obtidos e sua apresentação para a comunidade e para a gestão.

No capítulo 5, faço uma análise crítica ao processo de aprendizagem obtido ao longo do curso.

Ao final, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

As atividades do curso de especialização em Saúde da Família, foram desenvolvidas a partir do dia 21 de março de 2014 com a postagem das primeiras tarefas e estendeu-se até o dia 14 de janeiro de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1. Texto inicial sobre a estrutura da UBS**

O serviço atualmente conta com uma equipe formada por médica, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeira, dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de enfermagem. Temos uma unidade sede na Comunidade Cacimba de Baixo e mais 3 outras unidades-satélite também da zona rural. Por abrangermos áreas fronteiriças com outros municípios, atendemos demanda extra destes locais seja por motivos políticos ou pelo fato da área na qual residem ser descoberta pela ESF. A população, bem como a equipe, desconhece a Carta de Direitos dos Usuários de Saúde, embora conheça alguns pontos através do censo comum.

As condições de trabalho são hostis. Percorremos quilômetros em estradas de barro. As unidades apresentam estrutura física precária. Em duas delas não há água. Os ambulatorios são escuros, úmidos e quentes. Os medicamentos, insumos e materiais são transportados todos os dias para a respectiva unidade em que houver atendimento, nos dias da semana em que não há atendimento, também não há dispensação de medicamentos. Se a enfermeira estiver fazendo consulta de pré-natal em unidade X e a médica atendendo na unidade Y, as gestantes da unidade Y não terão os batimentos cardíacos examinados naquele dia, pois só há 1 sonar. Da mesma forma, as gestantes da unidade X não terão suas pressões arteriais aferidas durante a consulta daquele mês.

Faltam medicamentos básicos como analgésicos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antibióticos. Com a existência do Programa Farmácia Popular no Município isso não seria tão relevante se a distância da clientela à zona urbana não fosse tão grande.

O atendimento, até então, era feito por demanda livre e renovação de receitas por terceiros. Observei que em medidas eventuais de Pressão Arterial (PA) da clientela, o índice de subdiagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de tratamento ineficaz era muito grande. Desta forma, limitamos a 20 atendimentos/dia, dos quais 5 são urgências e os demais distribuídos entre pré-natal, saúde do idoso, saúde da mulher, clínica médica e pediatria.

Incentivamos também os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a fiscalizarem e orientarem o uso de medicamentos e a estimularem esses usuários a procurarem atendimento. O número de visitas domiciliares é grande devido à dificuldade de acesso às unidades de saúde por falta de transporte e por má-indicação (comodismo). O planejamento é mensal e ocorre em consonância com toda a equipe.

A qualidade do serviço prestado deixa a desejar e as condições de trabalho são insalubres e desmotivadoras. Muitos registros feitos nos prontuários estão desatualizados, pois muitos não se comprometem a apresentar os resultados dos exames, por exemplo, ao médico da ESF, preferem as ações imediatistas do pronto socorro, onde solicitam também a renovação de receitas.

Um ponto positivo que percebo na equipe é a humanização do cuidado, que foi uma tendência implantada pelas escolas da área de saúde nos últimos anos.

O nível sociocultural da clientela dificulta enormemente o trabalho da equipe. A adesão ao tratamento de doenças crônicas, tabagismo, obesidade, é vergonhosa. Não existem grupos em Educação em Saúde.

Além disso, há o entrave do analfabetismo, a maioria não sabe o nome do medicamento e a posologia. É comum ouvir "tomo o remédio pra pressão de 6 em 6 horas: seis da manhã e 6 da noite" ou "Não sei qual é o comprimido do diabetes, é um grande e um pequeno" ou ainda a dificuldade de quando a dose do medicamento disponível na farmácia da própria unidade ou na Farmácia Popular é diferente daquela que foi prescrita.

A gestão é recente e tem enfrentado os problemas iniciais de medicamentos e convênios em processo licitatório. Tem se mostrado receptiva às sugestões e anseios da equipe.

O acesso à atenção secundária e terciária é difícil e lento, tanto internamentos como exames e procedimentos.

Desta forma, encontro muitos desafios e muitas questões para tentar apaziguar durante este ano, o que paradoxalmente parece motivador pois há muito trabalho para ser feito em Estratégia de Saúde da Família na equipe II "Cacimba de Baixo"

## **1.2. Relatório da Análise Situacional.**

O município de Serra Caiada, de acordo com dados do IBGE, apresenta uma população estimada em 9.515 habitantes em 2013. A população é atendida por 5 Equipes de Saúde da Família, sendo duas destas localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Além disso, conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com atendimento especializado em Ginecologia, Psiquiatria e Cardiologia, além de nutricionista, educador físico, psicólogo e assistente social. O município oferece pronto-atendimento, pronto-socorro e maternidade com 16 leitos para internação de acordo com dados do IBGE, 2010.

A atenção secundária e terciária é feita através de referência a serviços na região metropolitana de Natal. Existe pactuação também com o município de Santa Cruz para realização de atendimentos em Ginecologia e Obstetrícia. O município não dispõe da realização de exames de imagem. O laboratório municipal executa exames básicos como hemograma, glicemia, lipidograma, hepatograma, função renal. Outros exames são feitos em convênio com o Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (LACEN). A unidade apresenta convênio com o Centro de Especialidades Odontológicas de São Paulo do Potengi.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Cacimba de Baixo, localizada na zona rural do município, atende a uma população estimada em 1746 usuários, conforme o último levantamento realizado pela Equipe. É composta por uma médica generalista, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de consultório odontológico, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O modelo de atenção adotado é o da Estratégia em Saúde da Família e não é vinculada a nenhuma instituição de ensino.

A estrutura física da UBSF Cacimba de Baixo é formada por: uma recepção, utilizada como arquivo e como local para dispensação de medicamentos, uma sala de espera com capacidade para até 15 pessoas, um consultório médico, um consultório odontológico e um consultório de enfermagem, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, uma copa e um almoxarifado. Não há consultório com banheiro, nem sala para reuniões, sala de nebulização, observação, curativos, farmácia. Estas carências dificultam o processo de trabalho e limitam o serviço prestado pelos profissionais. A ampliação da Unidade é necessária para melhorar a qualidade do serviço. Porém, em relação a pisos, paredes, número de consultórios, atende bem a demanda.



Em relação às atribuições dos profissionais, são delegadas muitas atividades ao técnico de enfermagem, sobrecarregando o profissional. A equipe carece ainda de um administrador. Ademais, quanto aos outros profissionais, correspondem ao proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

A população adstrita atualizada em outubro de 2013 correspondia a 1746 pessoas, 838 do gênero feminino e 908, do gênero masculino. A população está adequada para a demanda atendida pelo serviço. Dentre as mulheres, 523 eram mulheres em idade fértil. Treze gestantes estão realizando pré-natal atualmente.

A demanda espontânea é mal administrada pela equipe, especialmente pelos agentes comunitários de saúde. As consultas de rotina agendadas muitas vezes são incompletas, como no caso em que solicitamos 'x' exames, e o paciente retorna com 'y' realizados, requerendo nova consulta quando aqueles que faltam chegarem. Geralmente os pacientes são os mesmos toda semana. A solução encontrada foi limitar o número de consultas agendadas para cada casa, para absorver a demanda espontânea.

A atenção à Saúde da Criança é efetiva e eficaz, pois tem início no pré-natal, através do incentivo ao aleitamento materno exclusivo. As crianças de zero a 72 meses fazem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, atendimento odontológico e imunização. As informações são armazenadas no prontuário clínico e nas cadernetas das crianças.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é feito, em quase sua totalidade pela enfermeira e os problemas clínicos e odontológicos pela médica e odontóloga. A imunização é feita pelo técnico de enfermagem. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não possui Pediatra. A melhoria da remuneração possivelmente resolveria esta carência, pois todos alegam que este é o motivo da falta de interesse pela função.

A assistência pré-natal é outro ponto forte do serviço. É feita pela Enfermeira, Médica e odontóloga. O serviço atinge a meta preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de 6 consultas de pré-natal na quase totalidade das vezes. O incentivo ao aleitamento materno exclusivo e imunizações tanto da gestante também. No entanto, os resultados de testes de sorologia e a realização de ultrassonografia obstétrica são um entrave.

Quando as gestantes podem pagar para realizar os referidos exames, segue-se a rotina de forma habitual. No entanto quando as gestantes aguardam pelo LACEN ou marcação da ultrassonografia pela secretaria de saúde, os exames pedidos no início do pré-natal só são recebidos ou executados ao final da gravidez, diminuindo a chance de tratar ou prevenir algumas doenças do período fetal e neonatal. Como governabilidade, a solução depende da gestão municipal e estadual.

O controle do câncer de colo de útero não é satisfatório. O principal entrave ao rastreamento são os fatores socioculturais da população. Aquelas com rastreio positivo após a leitura da lâmina ou com alguma alteração sugestiva ao exame do colo são encaminhadas à ginecologista do NASF. Não há avaliação de risco como rotina. Realizamos uma atividade educativa para mulheres com filhos na puericultura, sobre o rastreamento do câncer de colo e de mama.

O controle do câncer de mama também é insatisfatório. Primeiramente não foi possível quantificar este grupo por falta de dados. Secundariamente muitas mulheres com mais de 50 anos, nunca realizaram mamografia, sequer o exame clínico das mamas. Este exame é feito rotineiramente durante a consulta de Saúde da Mulher.

Quanto à atenção a diabéticos e hipertensos, a impressão para a equipe é que muitos destes são subdiagnosticados ou não estão cadastrados. Aqueles que estão cadastrados no Hiperdia, realizam consultas no mínimo trimestrais, pois requerem receitas para receber os medicamentos, seja na farmácia da unidade, seja no Programa Farmácia Popular. Para quantificar e qualificar melhor este grupo de atenção é necessário realizar uma atualização cadastral e busca ativa. Não há glicosímetro de fita para realizar a medida da glicemia capilar durante a consulta. Os exames bioquímicos também são uma deficiência. A secretaria de saúde não realiza Teste oral de tolerância à glicose (TOTG), hemoglobina glicada, urina de 24 horas, cabendo ao paciente realizá-los se possível e necessário.

Quanto à Saúde do Idoso, também há problemas nos registros devido à subutilização das cadernetas do idoso. As campanhas de imunização são realizadas na unidade e nos domicílios. Não há protocolo, planejamento nem avaliação nesse âmbito. Não é feito avaliação psicológica deste grupo de atenção. É feito rotineiramente nos Idosos, rastreamento do Câncer de Próstata nos homens e do

câncer de colón em homens e mulheres. Uma melhor organização e planejamento da equipe poderá sanar esta carência.

De maneira geral, a análise situacional, especialmente com o preenchimento do Caderno de Ação Programática apontou as falhas e auxiliou na correção de algumas delas. O exame dos pés, por exemplo, muitas vezes passou despercebido no atendimento ao paciente diabético. O incentivo ao aleitamento também foi incorporado desde o planejamento familiar até a puericultura.

### **1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Em relação às primeiras impressões que tive sobre a ESF de Cacimba de Baixo, mantive-as após a elaboração do Relatório da Análise Situacional. As condições de trabalho são realmente precárias.

A saúde da criança e o pré-natal são pontos fortes na atenção à saúde da família na UBSF. O controle do câncer de colo de útero e mama também deixam a desejar.

No tocante à atenção a hipertensos e diabéticos, observei a falta de registros, a baixa cobertura, a má adesão ao tratamento, a falta de atividades de promoção em saúde, a má execução do exame clínico e da estratificação de risco. Essa vertente do cuidado abrange à faixa etária de idosos, na maioria das vezes, que é um grupo bastante desfavorecido pelas atividades do serviço. Após concluído o Relatório de Análise Situacional, observei que alguns pontos passaram a ser incorporados na rotina, como o exame dos pés.

## **2. Análise Estratégica do Processo de Intervenção**

### **2.1. Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência é em média 32%, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Cadernos de Atenção Básica, 2013).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por um grande contingente de internações e constitui a maior causa de mortalidade no país (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). A atenção básica tem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. O diabetes mellitus é outra doença associada à alta morbimortalidade e grande número de hospitalizações. Está associada a diversas complicações microvasculares e macrovasculares. A abordagem do Diabetes na Atenção Básica é feita em conjunto com a Hipertensão. Em 2009 ocorreram mais de 52 mil óbitos cuja causa foi o Diabetes. (Cadernos de Atenção Básica, 2013)

A unidade básica de Estratégia Saúde da Família de Cacimba de Baixo está localizada na zona rural do município de Serra Caiada-RN. Atende a uma população de 1746 usuários. A equipe da estratégia Saúde da Família é composta por uma médica generalista, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de consultório dentário, um técnico de enfermagem e seis agentes do PACS.

A unidade sede de Cacimba de Baixo conta com um consultório médico com maca, um consultório odontológico e um consultório de enfermagem, uma sala de espera, uma sala que funciona como recepção, arquivo e farmácia, banheiro para funcionários, banheiro para usuários, copa e almoxarifado. Na unidade ocorre dispensação de medicamentos, exceto antibióticos sistêmicos. Há um aparelho esfigmomanômetro e um glicosímetro, porém não há fitas, o que dificulta o controle dos pacientes diabéticos.

A população adstrita é de 1745, entre os quais 114 são hipertensos e 31 diabéticos, a estimativa é de 328 e 88 respectivamente. Desta forma, o subdiagnóstico dessas entidades é um sério empecilho ao cuidado e está

relacionado à má qualidade do atendimento do serviço. A cobertura é de apenas 35% da população estimada para

ambas as doenças, incluindo os casos coexistentes. Não é feita estratificação de risco cardiovascular e não são realizadas ações de promoção à saúde para estes pacientes de forma coletiva. Nas prescrições, priorizamos os medicamentos disponíveis através do programa Farmácia Popular, e dentre a população cadastrada, é baixo o número de pacientes com consultas ou exames atrasados.

As ações programáticas propostas consistem na busca ativa de usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, oportunidade na qual, realizaremos os respectivos cadastros no programa Hiperdia. Durante a consulta trimestral ou mensal, procuraremos registrar o status do usuário quanto à realização de exames e rastreamento de complicações. Em parceria com o NASF, será montado um grupo de promoção à Saúde em Hipertensão e Diabetes. A avaliação do paciente através da medida da glicemia capilar também será uma medida adotada no serviço a fim de avaliar a efetividade do tratamento.

Atualmente a principal causa de mortalidade no país são as doenças cardiovasculares. Sabe-se da importante relação que estas doenças guardam com os hábitos de vida da população. As doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, são comorbidades diretamente relacionadas a eventos cardiovasculares, sejam fatais ou não. Desta forma, configuram um grave problema de saúde pública (1,2).

Dentre os pacientes submetidos à diálise por insuficiência renal primária, 50% são portadores de hipertensão e/ou diabetes. As duas entidades são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e internações no Sistema Único de Saúde. Suas complicações agudas e crônicas oneram os gastos em saúde (3).

Com o intuito de reduzir a prevalência de doenças cardiovasculares, o Ministério da Saúde, em parceria com Estados, municípios, Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão arterial e Diabetes, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (4).

Conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), ficou definido em 2002 que entre as estratégias mínimas, cuja execução é de

responsabilidade dos municípios, estão o controle da hipertensão arterial e do diabetes, obtido por meio do diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa, tratamento e ações educativas. Estas ações devem fazer parte da Estratégia Saúde da Família (5).

A grande dificuldade para obtenção de níveis pressóricos e glicemia adequados, está na má adesão ao tratamento. Como a maioria dos casos são oligossintomáticos, os pacientes não entendem a necessidade de utilizar vários comprimidos, com variados efeitos adversos, se nada sentem. De acordo com um estudo realizado na rede básica de saúde em Teresina (PI) publicado em 2012, concluiu-se que a maioria dos entrevistados não sabia a maneira correta de utilizar as medicações e desconhecia os efeitos adversos, implicando em falha terapêutica e abandono de tratamento. Conforme os resultados deste estudo, os efeitos adversos reduzem sete vezes as chances de adesão ao tratamento. (6,7)

## **2.2.Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS de Cacimba de Baixo na zona rural do município de Serra Caiada

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

1. Ampliar a cobertura a hipertenso e/ou diabéticos
2. Melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao Programa
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear hipertensos e diabéticos para risco de doença cardiovascular
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

## **2.3 Metas**

### **OBJETIVOS DE COBERTURA**

- ➔ **Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos
- ➔ **Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos na área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- ➔ **Meta 1.2:** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no programa da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- ➔ **Meta 1.3:** Monitorar e avaliar o atendimento a hipertensos e diabéticos na população adstrita da unidade, conforme os protocolos em uso

## **OBJETIVO DE QUALIDADE**

### **➔ Relativas ao objetivo 2:**

- ➔ **Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
- ➔ **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos
- ➔ **Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- ➔ **Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- ➔ **Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- ➔ **Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
- ➔ **Meta 2.7:** Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos
- ➔ **Meta 2.8:** Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- Agendar, conforme o protocolo, consultas de Hiperdia para pacientes com consultas em atraso
- Promover o reconhecimento da população de risco pela Equipe de Saúde da Família.
- Capacitar a equipe a realizar busca de hipertensos e diabéticos subdiagnosticados.

## **OBJETIVOS DE ADESAO**

- ➔ **Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao Programa
- ➔ **Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
- ➔ **Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
  - Capacitar a equipe na execução do hemoglicoteste e do exame físico



- Registrar na ficha-espelho as informações atualizadas de cada usuário cadastrado no programa Hiperdia.
- Rastrear através do prontuário, ficha-espelho e livro de registros da unidade, pacientes com consulta em atraso.
- Convidar os usuários com consulta em atraso a comparecerem à unidade.

## **OBJETIVO DE REGISTRO**

- ➔ **Relativas ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações
- ➔ **Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- ➔ **Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
  - Capacitar a equipe do programa de agentes comunitários de saúde a orientar os pacientes quanto à assiduidade no tratamento e nas consultas de rotina, bem como na realização de exames.
  - Registrar na ficha-espelho e na agenda da unidade a data da próxima consulta do usuário.
  - Agendar e tornar de conhecimento do usuário a data de marcação de exames e consultas.
  - Informar durante a prática de educação em saúde na escola acerca da importância de hábitos saudáveis e sobre as doenças crônicas não transmissíveis do diagnóstico ao tratamento.
  - Priorizar a prescrição de medicamentos dispensados pela farmácia popular.

## **OBJETIVO DE AVALIAÇÃO DO RISCO**

- ➔ **Relativas ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos para risco de doença cardiovascular
- ➔ **Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- ➔ **Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
  - Adotar o preenchimento da ficha-espelho de Hiperdia como rotina no serviço.

Meta 4.2: Atualizar a ficha-espelho a cada consulta

Meta 4.3: Arquivar as ficha-espelho em cada unidade de saúde da área.

Meta 4.4: Expor aos usuários as metas alcançadas com a intervenção

Meta 4.5: Analisar criticamente os dados para descobrir quais os aspectos que precisam ser melhorados no serviço.

## **OBJETIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

➔ **Relativas ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

➔ **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos

➔ **Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos

➔ **Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física dos 100 % dos hipertensos

➔ **Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física dos 100 % dos diabéticos

➔ **Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

➔ **Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

➔ **Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

➔ **Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

- **Relativas ao objetivo 6:**

- Promover encontros mensais da equipe de ESF/NASF com os usuários cadastrados no programa de hipertensão e diabetes na área.

- Realizar o registro dos encontros do grupo através de ata, fotos, vídeos.

- Cadastrar os usuários durante os encontros, agendar consultas e exames em atraso.

- Promover a interação da equipe multiprofissional com os usuários, através de rodas de conversas e palestras.

- Proporcionar a atualização do conhecimento da equipe no estudo prévio dos temas abordados no grupo.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo de cobertura**

**Referente ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

**Meta: 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 1:** Cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos da população adstrita através do preenchimento da ficha-espelho, que ficará arquivada na unidade de saúde para monitoramento dos atendimentos.

**Ação 2:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa

**Detalhamento da Ação 2:** Mediante auxílio dos agentes comunitários de saúde e toda a equipe, cadastrar os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, através do preenchimento da ficha de acompanhamento do referido programa.

**Ação 3:** Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS

**Detalhamento da Ação 3:** Atendimento dos usuários hipertensos, conforme agendamento e conforme demanda espontânea, diariamente na unidade de saúde.

**Ação 4:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 4:** Envio de documento à secretaria municipal de saúde, solicitando a compra dos materiais necessários para prestar um melhor serviço de atenção à saúde dos usuários do Programa Hiperdia.

#### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 5:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 5:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

**Ação 6:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, pelo menos, anualmente

**Detalhamento da Ação 6:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de medir a pressão arterial à partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, como medida de rastreamento da hipertensão arterial.

**Ação 7:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

**Detalhamento da Ação 7:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar o rastreamento do DM em maiores de 20 anos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Ação 8:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes

**Detalhamento da Ação 8:** Informar aos usuários acerca dos fatores de risco cardiovasculares, a influência desses fatores na qualidade de vida e no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais estão a hipertensão e o diabetes, através do grupo de promoção à saúde, sala de espera, durante os atendimentos na unidade de saúde e em visitas domiciliares.

**Meta 1.2:** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 1:** Cadastrar os usuários diabéticos da população adstrita através do preenchimento da ficha-espelho, que ficará arquivada na unidade de saúde para monitoramento dos atendimentos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa

**Detalhamento da Ação 2:** Mediante auxílio dos agentes comunitários de saúde e toda a equipe, cadastrar os usuários portadores de Diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, através do preenchimento da ficha de acompanhamento do referido programa.

**Ação 3:** Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus

**Detalhamento da Ação 3:** Atendimento dos usuários diabéticos, conforme agendamento e conforme demanda espontânea, diariamente na unidade de saúde.

**Ação 4:** Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 4:** Envio de documento à secretaria municipal de saúde, solicitando a compra dos materiais necessários para prestar um melhor serviço de atenção à saúde dos usuários do Programa Hiperdia.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 5:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 5:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

**Ação 6:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, pelo menos, anualmente

**Detalhamento da Ação 6:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, como medida de rastreamento da hipertensão arterial.

**Ação 7:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

**Detalhamento da Ação 7:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar o rastreamento do DM em maiores de 20 anos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Ação 8:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes

**Detalhamento da Ação 8:** Informar aos usuários acerca dos fatores de risco cardiovasculares, a influência desses fatores na qualidade de vida e no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais estão a hipertensão e o diabetes, através do grupo de promoção à saúde, sala de espera, durante os atendimentos na unidade de saúde e em visitas domiciliares

**Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 9:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 9:** Expor aos Agentes Comunitários de Saúde qual o público-alvo da intervenção e quais as medidas necessárias ao cadastramento no Programa e inclusão dos usuários no projeto de pesquisa, através de aula expositiva.

**Ação 10:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito

**Detalhamento da Ação 10:** Através de aula teórico-prática, ensinar as técnicas palpatória e auscultatória de medida de PA, uso correto do manguito e precauções relevantes a atitudes do usuário que podem interferir na medida da PA.

**Ação 11:** Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde

**Detalhamento da Ação 11:** Expor aos Agentes Comunitários de Saúde qual o público-alvo da intervenção e quais as medidas necessárias ao cadastramento no Programa e inclusão dos usuários no projeto de pesquisa, através de aula expositiva.

**Ação 12:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento da Ação 12:** Através de aula teórico-prática, capacitar a equipe da unidade de saúde a realizar o hemoglicoteste durante a triagem dos usuários atendidos pelo Hiperdia sabidamente diabéticos ou com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Objetivo de Qualidade**

**Referente ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensão e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos atendidos na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1** Monitorar a realização do exame clínico dos usuários hipertensos através do registro na ficha-espelho do programa de atenção à hipertensão e diabetes.

### **Eixo Organização e gestão do Serviço**

**Ação 2:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de paciente hipertensos.

**Detalhamento da Ação 2:** Expor aos membros da equipe quais serão suas atribuições na realização do exame clínico dos usuários hipertensos participantes do programa.

**Ação 3:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 3:** Elaborar o treinamento da equipe de saúde conforme os protocolos adotados na unidade de saúde: Caderno de Atenção Básica 37.

**Ação 4:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento da Ação 4:** Discutir com a equipe de Saúde da Família a periodicidade da capacitação e atualização profissionais.

**Ação 5:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 5:** Solicitar da gestão municipal a impressão do protocolo utilizado no serviço.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 6:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento da Ação 6:** Expor aos usuários as possíveis complicações da hipertensão arterial e a importância de detectá-las precocemente através do exame físico periódico.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 7:** Capacitar a equipe para a realização do exame clínico apropriado.

**Detalhamento da Ação 7:** Promover a capacitação da equipe de saúde da família através de aula teórica e treinamento prático acerca do atendimento do usuário pertencente a população-alvo.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

**Detalhamento da Ação 1:** Monitorar a realização do exame clínico dos usuários diabéticos através do registro na ficha-espelho do programa de atenção à hipertensão e diabetes.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

**Detalhamento da Ação 2:** Expor aos membros da equipe quais serão suas atribuições na realização do exame clínico dos usuários diabéticos participantes do programa.

**Ação 3:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 3:** Elaborar o treinamento da equipe de saúde conforme os protocolos adotados na unidade de saúde: Caderno de Atenção Básica 36.

**Ação 4:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento da Ação 4:** Discutir com a equipe de Saúde da Família a periodicidade da capacitação e atualização profissionais.

**Ação 5:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 5:** Solicitar da gestão municipal a impressão do protocolo utilizado no serviço.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 1:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento da Ação 1:** Expor aos usuários as possíveis complicações do diabetes e a importância de detectá-las precocemente através do exame físico periódico.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 2:** Capacitar a equipe para a realização do exame clínico apropriado.

**Detalhamento da Ação 2:** Promover a capacitação da equipe de saúde da família através de aula teórica e treinamento prático acerca do atendimento do usuário pertencente a população-alvo.



**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1:** Monitorar a solicitação de exames laboratoriais dos usuários hipertensos através do registro na ficha-espelho do programa de atenção à hipertensão e diabetes.

**Ação 2:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento da Ação 2:** Através do registro na ficha-espelho e da planilha do programa, rastrear os hipertensos com exames laboratoriais em atraso.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 3:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento da Ação 3:** Solicitar os exames complementares conforme o protocolo de hipertensão arterial para os usuários com exames em atraso.

**Ação 4:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento da Ação 4:** Cobrar da gestão municipal a realização dos exames definidos no protocolo de hipertensão arterial em tempo hábil.

**Ação 5:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento da Ação 5:** Em acordo com a gestão, marcação de exames e referência, priorizar a realização dos exames complementares dos usuários que tiverem mas necessidade, conforme a classificação de risco cardiovascular.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 6:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

**Detalhamento da Ação 6:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar exames laboratoriais conforme o protocolo.

**Ação 7:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento da Ação 7:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar exames laboratoriais conforme a periodicidade particularizada pelo protocolo para cada usuário.

### **Eixo Qualificação Clínica**

**Ação 1:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento da Ação 1:** Orientar a equipe a reconhecer os usuários com exames em atraso de acordo com o protocolo bem como a solicitá-los quando necessário.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1:** Monitorar a solicitação de exames laboratoriais dos usuários diabéticos através do registro na ficha-espelho do programa de atenção à hipertensão e diabetes.

**Ação 2:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento da Ação 2:** Através do registro na ficha-espelho e da planilha do programa, rastrear os diabéticos com exames laboratoriais em atraso.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 3:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento da Ação 3:** Solicitar os exames complementares conforme o protocolo de diabetes mellitus para os usuários com exames em atraso.

**Ação 4:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento da Ação 4:** Cobrar da gestão municipal a realização dos exames definidos no protocolo de diabetes mellitus em tempo hábil.

**Ação 5:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento da Ação 5:** Em acordo com a gestão, marcação de exames e referência, priorizar a realização dos exames complementares dos usuários que tiverem mas necessidade, conforme a classificação de risco cardiovascular.

**Eixo Engajamento Público**

**Ação 6:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

**Detalhamento da Ação 6:** Informar a população na fila de espera, durante o atendimento, através de cartazes e durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar exames laboratoriais conforme o protocolo.

**Ação 7:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento da Ação 7:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar exames laboratoriais conforme a periodicidade particularizada pelo protocolo para cada usuário.

**Eixo Qualificação Clínica**

**Ação 8:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento da Ação 8:** Orientar a equipe a reconhecer os usuários com exames em atraso de acordo com o protocolo bem como a solicitá-los quando necessário.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

**Detalhamento da Ação 1:** Através das informações da ficha-espelho e da planilha de dados, rastrear os usuários que consomem medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular/ Hiperdia.

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento da Ação 2:** Informar ao membro da equipe responsável pela dispensação de medicamentos, acerca da demanda do Programa Hiperdia através de dados atualizados levando em conta a data de validade dos medicamentos.

**Ação 3:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 3:** Informar ao membro da equipe responsável pela dispensação de medicamentos, acerca da demanda do Programa Hiperdia.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento da Ação 4:** Durante o atendimento, orientar o usuário a como proceder para obter seu medicamento através do programa hiperdia, no próprio serviço, ou através do Programa Farmácia Popular.

### **Eixo Qualificação Clínica**

**Ação 5:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

**Detalhamento da Ação 5:** Realizar discussões periódicas para atualização no tratamento da hipertensão conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

**Ação 6:** capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento da Ação 6:** Capacitar a equipe a esclarecer as dúvidas dos usuários antes, durante ou após o atendimento, quanto à obtenção dos medicamentos.

### **Objetivo de adesão**

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos previstas no protocolo(consultas em dia).

**Detalhamento da Ação 1:** Rastrear conforme as informações presentes na ficha-espelho e planilha do programa, os hipertensos com consultas em atraso, conforme o protocolo.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos

**Detalhamento da Ação 2:** Agendar com os agentes comunitários de saúde, visitas domiciliares de busca a usuários hipertensos faltosos.

**Ação 3:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da Ação 3:** Agendar consultas dos usuários hipertensos após busca-ativa ou priorizá-los no atendimento à demanda espontânea.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 4:** Informar a comunidade hipertensa sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento da Ação 4:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas.

**Ação 5:** Esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento da Ação 5:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas conforme o preconizado pelo protocolo.

### **Eixo Qualificação Clínica**

**Ação 6:** Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento da Ação 6:** Capacitar os enfermeiros para que eles, no momento das consultas, estejam sempre explicitando aos pacientes sobre a importância de um bom acompanhamento.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos diabéticos previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento da Ação 1:** Rastrear conforme as informações presentes na ficha-espelho e planilha do programa, os diabéticos com consultas em atraso, conforme o protocolo.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

**Detalhamento da Ação 2:** Agendar com os agentes comunitários de saúde, visitas domiciliares de busca a usuários diabéticos faltosos.

**Ação 3:** Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da Ação 3:** Agendar consultas dos usuários diabéticos após busca-ativa ou priorizá-los no atendimento à demanda espontânea.

**Eixo Engajamento Público**

**Ação 4:** Informar a comunidade diabética sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento da Ação 4:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas.

**Ação 5:** Esclarecer aos portadores de diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento da Ação 5:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas conforme o preconizado pelo protocolo.

**Eixo Qualificação Clínica**

**Ação 1:** Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento da Ação 1:** Capacitar os enfermeiros e ACS para que eles, no momento das consultas, estejam sempre explicitando aos pacientes sobre a importância de um bom acompanhamento.

**Objetivo de Registro**

**Objetivo 4:** Melhorar o registro de informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados prontuários e cartão do usuário.

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Pactuar com a equipe o registro de informações.

**Detalhamento da Ação 2:** Estabelecer um padrão que deve ser respeitado pela equipe no preenchimento dos registros.

**Ação 3:** Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Detalhamento da Ação 3:** Nomear um membro da equipe como responsável pelo monitoramento.

**Ação 4:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento da Ação 4:** Promover a verificação periódica das ficha-espelho pelo responsável pelo monitoramento de registro, em busca de situações de alerta.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 5:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

**Detalhamento da Ação 5:** Esclarecer à comunidade ou ao indivíduo, durante a consulta ou através de cartazes que o prontuário é propriedade do usuário.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 6:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.

**Detalhamento da Ação 6:** Orientar a equipe quanto ao preenchimento dos registros dos hipertensos, durante a capacitação.

**Ação 7:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos.

**Detalhamento da Ação 7:** Apresentar os instrumentos de coleta de dados e orientar a equipe para o preenchimento dos mesmos.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados prontuários e cartão do usuário.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Pactuar com a equipe o registro de informações.

**Detalhamento da Ação 2:** Estabelecer um padrão que deve ser respeitado pela equipe no preenchimento dos registros.

**Ação 3:** Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Detalhamento da Ação 3:** Nomear um membro da equipe como responsável pelo monitoramento.

**Ação 4:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento da Ação 4:** Promover a verificação periódica das ficha-espelho pelo responsável pelo monitoramento de registro, em busca de situações de alerta.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 5:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento da Ação 5:** Esclarecer à comunidade ou ao indivíduo, durante a consulta ou através de cartazes que o prontuário é propriedade do usuário.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 6:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

**Detalhamento da Ação 6:** Orientar a equipe quanto ao preenchimento dos registros dos diabéticos, durante a capacitação.

**Ação 7:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos diabéticos.

**Detalhamento da Ação 7:** Apresentar os instrumentos de coleta de dados e orientar a equipe para o preenchimento dos mesmos.

### **Objetivo de Avaliação de Risco**

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da estratificação de risco na ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**



**Ação 2:** Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco (hipertensos).

**Detalhamento da Ação 2:** Agendamento de consulta o mais breve possível ou sob demanda espontânea para os hipertensos com alto risco cardiovascular, conforme o protocolo.

**Ação 3:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento da Ação 3:** Agendamento das consultas conforme as necessidades estabelecidas no protocolo ou de acordo com as necessidades do usuário.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar os usuários hipertensos quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento da Ação 4** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas conforme o preconizado pelo protocolo para o risco cardiovascular apresentado pelo mesmo.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

**Detalhamento Ação 5:** Mediante material expositivo e explanação, ensinar a equipe a realizar o cálculo do escore de Framingham e reconhecer as lesões de órgãos alvo.

**Ação 6:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento da Ação 6:** Expor a importância do estabelecimento do risco cardiovascular no seguimento dos usuários hipertensos.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da estratificação de risco na ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Priorizar o atendimento dos pacientes diabéticos avaliados como de alto risco.

**Detalhamento da Ação 2:** Agendamento de consulta o mais breve possível ou sob demanda espontânea para os diabéticos com alto risco cardiovascular, conforme o protocolo.

**Ação 3:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento da Ação 3:** Agendamento das consultas conforme as necessidades estabelecidas no protocolo ou de acordo com as necessidades do usuário.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar os usuários diabéticos quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento da Ação 4:** Informar a população, durante o atendimento, através de cartazes ou durante as visitas domiciliares sobre a importância de realizar consultas periódicas conforme o preconizado pelo protocolo para o risco cardiovascular apresentado pelo mesmo.

### **Eixo da Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

**Detalhamento Ação 5:** Mediante material expositivo e explanação, ensinar a equipe a realizar o cálculo do escore de Framingham, reconhecer as lesões de órgãos alvo e realizar o exame dos pés.

**Ação 6:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento da Ação 6:** Expor a importância do estabelecimento do risco cardiovascular no seguimento dos usuários diabéticos.

### **Objetivo de promoção à saúde**

**Referente ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o nutricionista.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos quanto à orientação nutricional e consulta periódica com o nutricionista.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 2:** Planejamento da execução das reuniões do grupo de promoção à Saúde em Hipertensão.

**Ação 3:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento da Ação 3:** Contatar a gestão e estabelecer parceria com o NASF para inclusão do nutricionista nas atividades de Promoção à Saúde.

### **Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 4:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto aos hábitos alimentares sempre que for possível, ao usuário, cuidador ou acompanhante, ressaltando a importância de uma boa alimentação como adjuvante no tratamento da hipertensão.

### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 5:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a importância das orientações nutricionais como adjuvante no tratamento da hipertensão e em parceria com o nutricionista, capacitá-los a veicular boas práticas alimentares dentre os usuários.

**Ação 6:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 6:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.

**Meta 6.2:** Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o nutricionista.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos diabéticos quanto à orientação nutricional e consulta periódica com o nutricionista.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 2:** Planejamento da execução das reuniões do grupo de promoção à Saúde em Hiperdia.

**Ação 3:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento da Ação 3:** Contatar a gestão e estabelecer parceria com o NASF para inclusão do nutricionista nas atividades de Promoção à Saúde.

### **Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 4:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto aos hábitos alimentares sempre que for possível, ao usuário, cuidador ou acompanhante, ressaltando a importância de uma boa alimentação como adjuvante no tratamento do diabetes.

### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento da Ação 5:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a importância das orientações nutricionais como adjuvante no tratamento do diabetes e em parceria com o nutricionista, capacitá-los a veicular boas práticas alimentares dentre os usuários.

**Ação 6:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 6:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

#### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos quanto à orientação e prática de atividade física.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento da Ação 2:** Planejamento da execução das reuniões do grupo de promoção à Saúde em Hiperdia, incluindo a temática “prática regular de atividade física”.

**Ação 3:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento da Ação 3:** Contatar a gestão e estabelecer parceria com o NASF para inclusão do educador físico nas atividades de Promoção à Saúde.

#### **Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física.

**Detalhamento da Ação 4:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto à prática de atividade física regular sempre que for possível, ao usuário, cuidador ou acompanhante, ressaltando a importância da atividade física como adjuvante no tratamento da hipertensão.

#### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento da Ação 5:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a importância da atividade física como adjuvante no tratamento da hipertensão e em parceria com o educador físico, capacitá-los a veicular a prática de exercícios dentre os usuários.

**Ação 6:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 6:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos diabéticos quanto à orientação e prática de atividade física.

**Ação 2:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento da Ação 2:** Planejamento da execução das reuniões do grupo de promoção à Saúde em Hiperdia, incluindo a temática “prática regular de atividade física”.

**Ação 3:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento da Ação 3:** Contatar a gestão e estabelecer parceria com o NASF para inclusão do educador físico nas atividades de Promoção à Saúde.

### **Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física.

**Detalhamento da Ação 4:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto à prática de atividade física regular sempre que for possível, ao usuário, cuidador ou acompanhante, ressaltando a importância da atividade física como adjuvante no tratamento do diabetes.

### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento da Ação 5:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a importância da atividade física como adjuvante no tratamento do diabetes e em parceria com o educador físico, capacitá-los a veicular a prática de exercícios dentre os usuários.

**Ação 6:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 6:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

#### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos quanto à orientação antitabagismo.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

**Detalhamento da Ação 2:** Solicitar do gestor o pedido de licitação de medicamentos usados no programa de controle do tabagismo do Ministério da Saúde e mesmo sua inclusão no Programa.

#### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 3:** Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento da Ação 3:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto hábito tabagista sempre que for possível, ressaltando sua influência no aumento do risco cardiovascular, assim como orientar o usuário quanto às alternativas de tratamento.

#### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 4:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção do hábito antitabágico.

**Detalhamento da Ação 4:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a influência do tabagismo no incremento do risco cardiovascular.

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 5:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos diabéticos quanto à orientação antitabagismo.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação 2:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

**Detalhamento da Ação 2:** Solicitar do gestor o pedido de licitação de medicamentos usados no programa de controle do tabagismo do Ministério da Saúde e mesmo sua inclusão no Programa.

### **Eixo Engajamento Público**

**Ação 3:** Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento da Ação 3:** Durante a consulta, esclarecer as dúvidas quanto hábito tabagista sempre que for possível, ressaltando sua influência no aumento do risco cardiovascular, assim como orientar o usuário quanto às alternativas de tratamento.

### **Eixo da Qualificação Clínica**

**Ação 4:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção do hábito antitabágico.

**Detalhamento da Ação 4:** Expor durante a capacitação, aos membros da equipe, a influência do tabagismo no incremento do risco cardiovascular.

**Ação 5:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da Ação 5:** Lembrar aos membros da equipe sobre as formas de transmitir as informações em saúde e suas peculiaridades de acordo com a faixa etária, classe social e cultural de cada usuário.



**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos hipertensos quanto à avaliação odontológica.

#### **Eixo Organização e gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos.

**Detalhamento da Ação 2:** Organizar em conformidade com a agenda da Equipe de Saúde Bucal, avaliação odontológica de hipertensos.

**Ação 3:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Detalhamento da Ação 3:** Atendendo ao princípio da equidade, priorizar o atendimento odontológico dos usuários que mais carecem.

#### **Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Buscar parceiras na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

**Detalhamento da Ação 4:** Promoção da Saúde Bucal nas escolas da área, capacitando a criança ou adolescente a propagar hábitos saudáveis de higiene bucal no ambiente domiciliar.

#### **Eixo da Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal dos pacientes hipertensos.

**Detalhamento da Ação 5:** Capacitação da Equipe de Saúde da Família, realizada pela equipe de Saúde Bucal para estratificar a necessidade de avaliação odontológica.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

#### **Eixo do Monitoramento e Avaliação**

**Ação 1:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

**Detalhamento da Ação 1:** Avaliar o preenchimento da ficha-espelho, planilha de dados ou prontuários dos diabéticos quanto à avaliação odontológica.

**Eixo Organização e gestão do Serviço**

**Ação 2:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos diabéticos.

**Detalhamento da Ação 2:** Organizar em conformidade com a agenda da Equipe de Saúde Bucal, avaliação odontológica de diabéticos.

**Ação 3:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Detalhamento da Ação 3:** Atendendo ao princípio da equidade, priorizar o atendimento odontológico dos usuários que mais carecem.

**Eixo do Engajamento Público**

**Ação 4:** Buscar parceiras na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

**Detalhamento da Ação 4:** Promoção da Saúde Bucal nas escolas da área, capacitando a criança ou adolescente a propagar hábitos saudáveis de higiene bucal no ambiente domiciliar.

**Eixo da Qualificação da Prática Clínica**

**Ação 5:** Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal dos pacientes diabéticos.

**Detalhamento da Ação 5:** Capacitação da Equipe de Saúde da Família, realizada pela equipe de Saúde Bucal para estratificar a necessidade de avaliação odontológica.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus na unidade.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia para 70%.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 1.2.** Ampliar a cobertura de usuários diabéticos cadastrados no programa Hiperdia para 70%.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF

**Meta 2.1:** Realizar o exame clínico de acordo com o protocolo em todos os usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar o exame clínico de acordo com o protocolo em todos os usuários diabéticos cadastrados no programa Hiperdia.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Realizar os exames complementares de acordo com o protocolo em todos os usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia.

**Numerador:** Número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar os exames complementares de acordo com o protocolo em todos os usuários diabéticos cadastrados no programa Hiperdia.

**Numerador:** Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários hipertensos.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

**Meta 3.2:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários diabéticos.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

**Meta 3.3:** Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos faltosos às consultas

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

**Meta 3.4:** Realizar busca ativa dos pacientes diabéticos faltosos às consultas

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro de informações

**Meta 4.1:** Registrar adequadamente os dados dos pacientes hipertensos na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Registrar adequadamente os dados dos pacientes diabéticos na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 5.1:** Proporcionar aos usuários hipertensos orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Proporcionar aos usuários diabéticos orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 5.3:** Proporcionar aos usuários hipertensos orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 5.4:** Proporcionar aos usuários diabéticos orientação sobre a prática de atividade física regular

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 5.5:** Proporcionar aos usuários hipertensos orientação sobre os riscos do tabagismo

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Meta 5.6:** Proporcionar aos usuários diabéticos orientação sobre os riscos do tabagismo

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação nutricional sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a 100 % dos hipertensos

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.4:** Garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a 100 % dos diabéticos

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

### 2.3.2 Logística

Utilizaremos como base para intervenção o material do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica 36 – estratégias para o cuidado da pessoa com doença Crônica: Diabetes e o Caderno de Atenção Básica 37 – estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, ambos de 2013. Utilizaremos como instrumento de coleta de dados, a ficha-espelho, o prontuário do usuário e o cartão de HIPERDIA. Estimamos a meta de cobertura de 230 usuários hipertensos e 60 diabéticos. Contataremos a gestão para requerer a impressão de 290 fichas-espelho. O acompanhamento mensal será feito através da planilha eletrônica de coleta de dados.

Por meio do Livro de Registro de Atendimento Médico, iniciaremos a busca pelos prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos nos últimos 5 meses na UBSF Cacimba de Baixo. Com o auxílio da Enfermeira, transcreveremos os medicamentos em uso pelos usuários, os resultados dos últimos exames e localizaremos os usuários com consultas e/ou exames em atraso.

Solicitaremos à Gestão Municipal a compra de esfigmomanômetro, glicosímetro, fitas para glicosímetro, monofilamento, agenda e impressão dos protocolos utilizados na ação e das fichas espelho. Solicitaremos à direção da escola o espaço para realização das reuniões do grupo de Promoção à Saúde.

A ação de Capacitação da Equipe de Saúde da Família será realizada pela médica e pela enfermeira da equipe, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando material elaborado pelas mesmas através de apresentação em *Power Point*. Em um segundo momento será feito o treinamento técnico da aferição da PA, do hemoglicoteste e exame físico.

A Busca Ativa de usuários hipertensos e diabéticos será realizada no domicílio dos usuários, pelos agentes de saúde, na sala de espera da Unidade através da aferição da PA em usuários maiores de 18 anos. Os pacientes com PA superior a 140/90mmHg, repetirão a aferição após sete dias por duas semanas consecutivas para estabelecer o diagnóstico de HAS de acordo com a média das 3 medidas. Automaticamente serão cadastrados no programa e terão a primeira consulta médica agendada.

O hemoglicoteste será realizado nos usuários com PA sustentada maior que 135/80mmHg ainda que assintomáticos. Pacientes com medida de hemoglicoteste alterada serão submetidos à medida da glicemia de jejum.

O rastreamento será feito através da medida da glicemia de jejum para os usuários assintomáticos maiores de 45 anos, com risco cardiovascular moderado e que estiverem acima do peso (IMA>25) além de um dos seguintes fatores de risco: História de pai ou mãe com diabetes; Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); Exame prévio de HbA1c  $\geq 5,7\%$ , tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; Obesidade severa, *acanthosisnigricans*; Síndrome de ovários policísticos; História de doença cardiovascular; Inatividade física.

Aqueles com hemoglicoteste com resultados maior ou igual a 200 e com sintomas serão diagnosticados como portadores de diabetes mellitus e serão cadastrados no programa.

Glicemia de jejum menor que 99, indicam seguimento em 1 ano e serão orientados sobre hábitos de vida saudáveis. Glicemia de jejum entre 100 e 126, indica intolerância aos carboidratos e estes usuários serão submetidos ao TOTG ou medida da HbA1c. Glicemia de jejum maior que 126, requer uma segunda medida da glicemia de jejum para confirmação diagnóstica.







### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1. Ações previstas e desenvolvidas**

O cadastramento de 52,8% dos usuários hipertensos foi realizado, sendo cumprida parcialmente a meta. A grande dificuldade no cadastramento dos

hipertensos foi a falta de engajamento dos agentes de saúde de uma das maiores microáreas do território, a comunidade Fernandes.

A solicitação da compra de material foi uma ação desenvolvida, embora não tenha sido parcialmente acatada pela gestão.

A ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde foi integralmente executada. Os agentes de saúde foram de papel fundamental na prática desta ação, atuaram ativamente falando sobre o programa e incentivando os usuários a procurarem a unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, pelo menos, anualmente: a ação foi executada porém não foi conforme o planejado. A rotina do serviço de triagem incorporou a aferição de pressão arterial para usuários adultos em todas ocasiões, independente de periodicidade.

As ações de promoção à saúde foram desempenhadas pela enfermeira da Equipe, em parceria com o NASF, conforme cronograma.

O cadastramento de 68% dos usuários diabéticos foi realizado, sendo cumprida parcialmente a meta. O cadastramento foi realizado através do preenchimento das fichas-espelho, entretanto, essas fichas não puderam ficar arquivadas nas unidades, devido à falta de organização já presente nos serviços, ficando sob responsabilidade da médica. O registro nas fichas foi realizado na quase totalidade das vezes pela médica, que não contou com a colaboração do restante da equipe para tal ação.

A Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertenso de toda área de abrangência da unidade de saúde foi uma ação executada integralmente. Foi realizado um treinamento na primeira semana de intervenção, na sede da secretaria

municipal de saúde para capacitação dos agentes comunitários de saúde, através de aula teórico-prática. (Anexo 4)

A monitorização da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na unidade de saúde foi uma ação parcialmente executada. Os profissionais não foram capacitados a realizar hemoglicoteste e não foi disponibilizado monofilamento.

A organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde foi parcialmente executada. A capacitação dos profissionais foi sumariamente restrita à aferição de PA, peso, altura, pulsos periféricos e circunferência abdominal. A realização do exame dos pés era realizada apenas no atendimento médico e não foi realizado hemoglicoteste por falta de material.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: Ação parcialmente desenvolvida. O protocolo foi disponibilizado, porém não ficava na unidade, tendo em vista que a equipe é itinerante.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: A ação foi executada. Através das atividades em grupo e do aconselhamento individual, quase 100% dos usuários foram orientados sobre os riscos de complicações da hipertensão e do diabetes e sobre a necessidade de controle da doença ainda que assintomática.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde: A ação foi parcialmente realizada, apenas cerca de 50% dos usuários tinham exames laboratoriais em dia, devido à dificuldade de marcação pelo município, além de muitas vezes, não estarem realizando exames simples como um lipidograma.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada: A ação foi realizada. Através do preenchimento da planilha, da ficha-espelho e consultando o prontuário do paciente, foi possível rastrear os usuários com exames em atraso.

Garantir a solicitação dos exames complementares: A ação foi parcialmente realizada. A cada atendimento de usuários com exames em atraso, estes foram

solicitados. Dosagem de potássio sérico, realização de ECG, radiografia de tórax são exames de difícil realização pela população, então ainda que houvesse indicação, por vezes, não foram solicitados.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: A ação foi parcialmente desenvolvida. A comunicação com a central de marcação a nível municipal foi de grande facilidade, no entanto, o alerta à marcação de exames mais complexos foi inútil. Não são marcados testes ergométricos, ecocardiogramas, até mesmo eletrocardiogramas.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares: A ação foi executada, contando com grande contribuição dos agentes comunitários de saúde e da enfermeira.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares: A ação foi parcialmente desenvolvida. Não foi utilizada a forma de cartazes ou banners para tal, mas durante o contato da equipe com o usuário, foi reiterada a importância de realizar exames periódicos. Entretanto vigora a vontade do paciente de realizar os exames, alguns fazem desnecessariamente outros nunca fazem.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia: A ação foi executada com facilidade, através do preenchimento da ficha-espelho e da planilha de dados com os medicamentos utilizados pelos usuários.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde: Ação parcialmente executada. Apesar de notificar à gestão mensalmente acerca da demanda de dispensação de medicamentos, ação realizada pela enfermeira e pelo técnico em enfermagem, as medicações não chegavam ao serviço.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso: Ação realizada efetivamente e com facilidade, no contato direto com o paciente. Após explicar a posologia e a forma de usar do medicamento e fornecer a receita, era explicado onde e como cadastrar-se no programa Farmácia Popular.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: Ação realizada com

facilidade, por iniciativa da própria equipe diante da necessidade de responder aos anseios dos usuários.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos previstas no protocolo (consultas em dia): Ação parcialmente desenvolvida, com dificuldades. Inicialmente pesquisei no livro de registros, os hipertensos que haviam sido atendidos no período de março a julho. Em seguida fiz um comparativo com a lista de usuários cadastrados no Programa Hiperdia até outubro de 2013 e distribui uma lista para cada agente de saúde, daqueles referentes a sua área, para que fosse iniciada a busca ativa. Devido ao pequeno espaço de tempo da intervenção não é possível qualificar os usuários com consultas em atraso através dos registros da ficha-espelho.

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e/ou diabéticos faltosos: Ação realizada. Com a lista de usuários em mãos, os agentes comunitários de saúde incluíram em suas programações, visitas domiciliares àqueles usuários.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares: Ação realizada parcialmente. Nas comunidades de Cacimba de Baixo, Lagoa Limpa e posteriormente Lagoa das Figuras, os agentes de saúde agendavam diariamente cerca de 6 atendimentos de Hiperdia, além dos usuários relativos ao grupo em demanda espontânea e visitas domiciliares. Porém os agentes de saúde das comunidades atendidas no posto da comunidade Fernandes não foram colaborativos durante a intervenção.

Informar a comunidade hipertensa e/ou diabética sobre a importância de realização das consultas: Ação realizada mediante a participação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa, sala de espera da unidade e sobretudo a demanda espontânea em busca da reprodução de receitas.

Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: Ação realizada. Após cada atendimento ficava registrado na ficha-espelho a data para retorno do usuário.

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: Ação parcialmente realizada. Exceto os agentes de saúde de Fernandes, todos os outros agentes de saúde, estavam

treinados e engajados em orientar a população a realizar consultas periódicas no mínimo de 6 em 6 meses, ou conforme marcação na ficha-espelho.

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde: Ação parcialmente realizada. O preenchimento das fichas-espelho, prontuários e planilhas foi feita pela médica. A caderneta do usuário é um instrumento que poucos levavam ao consultório. O preenchimento dos instrumentos foi alvo de reclamação por parte de alguns usuários na fila de espera pois o atendimento tornou-se demorado e a demanda era grande, visto que cada localidade tem atendimento semanalmente apenas.

Definir responsável pelo monitoramento registros: Ação executada. A médica da equipe ficou responsável pelo monitoramento das fichas-espelho, prontuários e planilhas.

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: Ação parcialmente realizada. Tais orientações eram dadas quando solicitadas pelos usuários, que se mostram bastante conscientes quanto a seus direitos, principalmente se envolve causa previdenciária ou declaração de óbito.

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos: Ação parcialmente realizada. A equipe foi treinada para preencher as fichas-espelho, mas não se mostrou disponível para preencher os registros, pois alegava um grande número de atividades.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos e/ou diabéticos: Ação realizada. A equipe registrava os procedimentos clínicos, apenas nos prontuários, reservando o preenchimento dos demais instrumentos, a cabo da médica.

Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: A ação foi parcialmente realizada, pois o monitoramento proposto requer que transcorra um ano de intervenção.

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco: A ação foi executada, com auxílio primordial dos agentes comunitários de saúde, mediante a disposição da lista dos usuários faltosos. A demanda espontânea é a principal forma de acesso ao serviço e ficou estabelecido que os usuários de Hipertensão que



demandassem atendimento seriam sanados mesmo esgotadas as fichas para aquele dia.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: Ação executada, também com auxílio dos agentes comunitários de saúde, que priorizaram as visitas domiciliares aos usuários sequelados de AVC, cardiopatas, coronariopatas, nefropatas, bem como agendaram os atendimentos.

Orientar os usuários hipertensos quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular: Ação realizada. De acordo com as necessidades de cada usuário, era marcado retorno para acompanhamento, ao final da consulta.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: Ação realizada. Durante o treinamento foi ensinado a classificar os usuários como de alto risco para priorizar a marcação de consultas e agendamento de visitas.

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o nutricionista: Ação realizada. A orientação nutricional fez parte do atendimento de 100% dos usuários. Houve facilidade em adotar como rotina, devido à utilização da ficha-espelho.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: Ação realizada. A enfermeira da equipe em parceria com o NASF, fundou um grupo de promoção à saúde em Hiperdia, com reuniões quinzenais no posto de Cacimba de Baixo e Lagoa das Figuras.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade: Ação realizada. A nutricionista do NASF realizou os atendimentos dos usuários encaminhados e participou das atividades coletivas de promoção.

Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: Ação realizada integralmente. No decorrer do atendimento médico ou de enfermagem, o usuário recebia orientações nutricionais individualizadas. Caso, por exemplo, o marido comparecesse à consulta sozinho, pedia que retornasse com a esposa para que fosse orientada. (Anexo 5)

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as práticas de alimentação saudável: Ação realizada integralmente. Durante o treinamento da equipe, foi

ressaltado o impacto das mudanças de estilo de vida como coadjuvante no tratamento e como elemento protetor aos usuários hipertensos.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as metodologias de educação em saúde: Ação realizada. Durante o treinamento da equipe, seus membros receberam instruções sobre educação em saúde, bem como durante o planejamento do grupo de promoção entre a equipe e o NASF.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos: Ação realizada parcialmente. Em algumas situações, como paciente acamado ou incapacitado por algum outro motivo, não foi feita orientação.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: A ação foi executada. A fisioterapeuta do NASF realizou uma palestra sobre a importância da prática de atividade física. Uma dificuldade é a carência de um local apropriado para prática de atividade física. Orientamos escolherem terrenos planos e caminharem pelo menos 30 minutos/dia.

Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física: Ação realizada. Como rotina de atendimento, foi incorporado o aconselhamento à prática de atividade física, pelo menos 30 minutos por dia, 5 dias por semana.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular: Ação realizada. Durante o treinamento da equipe, foi ressaltado o impacto das mudanças de estilo de vida como coadjuvante no tratamento e como elemento protetor aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos: Ação realizada integralmente.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”: Ação realizada. Foi incluída na lista de medicamentos para licitação em 2015, a bupropiona, devido ao aumento da demanda.

Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: Ação realizada. Os tabagistas foram orientados quanto à terapia cognitivo comportamental e sobre a existência de tratamento antitabagismo.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção do hábito antitabágico: Ação realizada. Durante o treinamento da equipe, foi ressaltado o impacto das mudanças de estilo de vida como coadjuvante no tratamento e como o tabagismo influencia na piora do risco cardiovascular.

O cadastramento foi realizado através do preenchimento das fichas-espelho, entretanto, essas fichas não puderam ficar arquivadas nas unidades, devido à falta de organização já presente nos serviços, ficando sob responsabilidade da médica

O registro nas fichas foi realizado na quase totalidade das vezes pela médica, que não contou com a colaboração do restante da equipe para tal ação.

Durante a intervenção, os agentes de saúde ficaram imbuídos da responsabilidade de marcar cerca de 6 usuários de Hiperdia por dia, no entanto, os agentes de saúde da microárea de Fernandes, não colaboraram com o trabalho, na realidade, são viciados na reprodução de receitas. Os hipertensos que procuraram atendimento, ainda que não houvesse ficha disponível para demanda espontânea, foram atendidos.

O material foi escasso e de má qualidade. Só contamos com um tipo de manguito-padrão para adultos e o aparelho não passava por manutenção periódica, apesar da compra de material ter sido solicitada e cobrada à gestão.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. O rastreamento de DM para usuários com PA sustentada maior que 135/80mmHg, não foi uma medida educativa. Na verdade, a população cultiva o hábito de realizar exames, ainda que sem indicação, de forma que não foi uma ação implantada categoricamente, apesar de ocorrer rotineiramente.

A ação de atribuir a cada membro da equipe na intervenção, foi parcialmente executada. Apesar de capacitados para realizar exame clínico, apenas a medida da pressão arterial, peso e altura se tornaram rotina para todos os hipertensos. Foi executada principalmente pelo técnico em enfermagem e agentes de saúde. A enfermeira não incorporou o exame no seu atendimento de hiperdia, resumido apenas a transcrição de receitas.

Dosagem de hemoglobina glicada, teste oral de tolerância à glicose, são exames de difícil realização pela população, então ainda que houvesse indicação, por vezes, não foram solicitados.

Nenhuma consulta para o ambulatório de média complexidade em cirurgia vascular foi marcada mesmo em pacientes selecionados.

### **3.2. Ações previstas e não desenvolvidas**

Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Até o término da intervenção, não foi adquirido glicosímetro e fita para utilizarmos na unidade, na triagem do paciente de Hiperdia.

A capacitação a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, também pela falta de material.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais foi uma ação não desenvolvida. Não ficou acordada periodicidade para capacitação. Além do treinamento previsto no projeto, a coordenação da atenção básica do município ofereceu cursos de capacitação, porém não há planejamento para prever a periodicidade, nem no âmbito municipal, nem na unidade.

Capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: A ação não foi executada. Os membros da equipe não tinham interesse em informar-se acerca do fato de o paciente ter necessidade de realizar exames. Os mais vinculados, realizavam exames desnecessariamente e os menos assíduos passavam anos sem realizar. Alguns diziam que nunca tinham feito exames antes porque não sentiam nada, ainda que fossem acompanhados pelo programa por hipertensão, por exemplo.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: A ação não foi executada. Era insuficiente a quantidade de medicação do Programa Hiperdia que vinha para a unidade. Os pacientes recebiam suas medicações pelo Programa Farmácia Popular.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes: Ação não realizada. Durante a intervenção realizamos dois encontros da equipe na qual discutimos as ações do projeto, porém não foi discutido sobre as atualizações no tratamento.

Pactuar com a equipe o registro de informações: Ação não executada. Não houve participação do restante da equipe no preenchimento dos registros devido à falta de interesse em colaborar e à ligação a outras atividades.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: A ação não foi realizada, devido ao pequeno intervalo da intervenção.

As ações em Saúde Bucal não foram executadas, pois não contamos com o apoio da Equipe de Saúde Bucal.

### **3.3. Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Os dados foram coletados diariamente através do preenchimento das fichas-espelho, além do registro no livro e prontuários. Uma vez por semana, alimentavam a planilha de coleta de dados. Como não havia computador no serviço, as fichas ficavam em porte da médica, para transcrição.

### **3.4. Análise da Viabilidade de Incorporação das Ações**

Algumas ações possivelmente serão incorporadas à rotina da unidade, como a priorização da prescrição de medicamentos disponíveis pelo Programa Farmácia Popular e as atividades de Promoção à Saúde. Tendo em vista a existência das fichas-espelho na unidade, é possível continuar o acompanhamento preenchendo as mesmas, no entanto, conhecendo o modo de trabalho imposto pela gestão, a quantidade de atendimentos é mais importante que a qualidade, o que priva o profissional de realizar um exame clínico adequado, estratificação de risco e realizar os registros em fichas, prontuários, cartões e planilhas. Vislumbro ainda a possibilidade de uma política de controle do tabagismo, tendo em vista à inclusão da Bupropiona na lista dos medicamentos licitados para 2015. Entretanto algumas ações partiram da iniciativa individual, como o cadastramento, o registro das informações, as solicitações dos exames conforme protocolo, a realização do exame clínico conforme protocolo.

O apoio da gestão seria fundamental para obter êxito nas ações de intervenção, entretanto, foi falha em muitos pontos. Uma forma interessante de obter tal apoio é o incentivo ao engajamento público, através do diálogo com o usuário, esclarecendo seus direitos e os pontos que podem melhorar, sobretudo a forma de solucionar essas falhas.

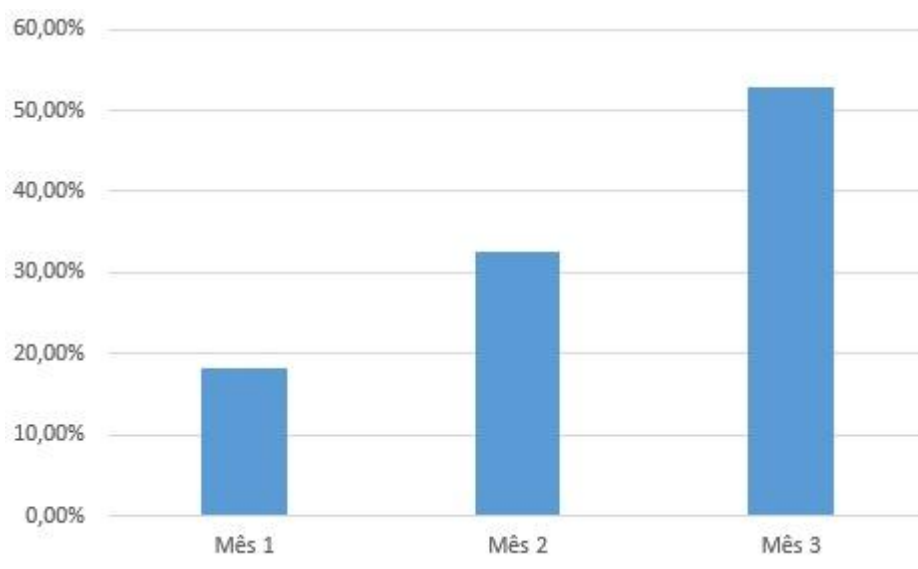
A não adesão da equipe de Saúde Bucal também prejudicou o alcance das metas. A gestão não repassa à equipe a bonificação do PMAQ, esta poderia ser uma forma de angariar o engajamento da equipe de saúde bucal.

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, usuários da UBFS Cacimba de Baixo, no município de Serra Caiada/RN.

Na área adstrita, estima-se que existam 328 usuários hipertensos, a meta de cobertura do projeto de intervenção era de 70%, que corresponde a 265 usuários. Ao término da intervenção foram cadastrados 52,8% dos hipertensos previstos pela meta.



(Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde)

**Objetivo:** Melhorar a cobertura de hipertensos cadastrados no programa de assistência a Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde. (Fig. 1)

**Meta:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

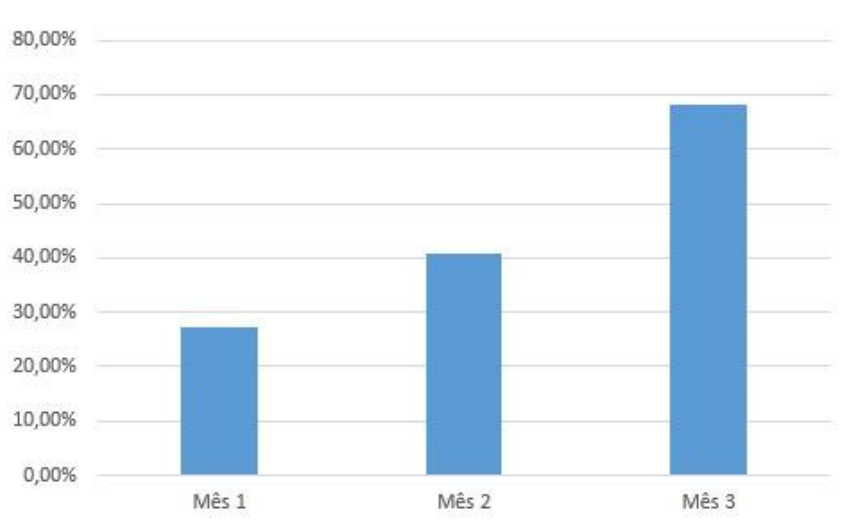
**Indicador:** Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Minha área tem 328 usuários hipertensos. Até começar a intervenção 115 eram cadastrados no programa Hiperdia, o que correspondia a 35%. Ao longo da

intervenção, usuários já cadastrados tiveram seus dados atualizados, tiveram suas fichas-espelho preenchidas e foi feita busca ativa por novos casos, totalizando 140 cadastramentos.

O que dificultou a busca ativa, foi tratar-se de uma área rural, com difícil acesso e a falta de participação de alguns agentes comunitários de saúde.

Na área adstrita, estima-se que existam 88 usuários hipertensos, a meta de cobertura do projeto de intervenção era de 70%, que corresponde a 66 usuários. Ao término da intervenção foram cadastrados 68,2% dos hipertensos previstos pela meta. (Fig. 2)



(Figura 2 -Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde)

**Objetivo:** Melhorar a cobertura de diabéticos cadastrados no programa de assistência a Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde.

**Meta:** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador:** Cobertura do Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

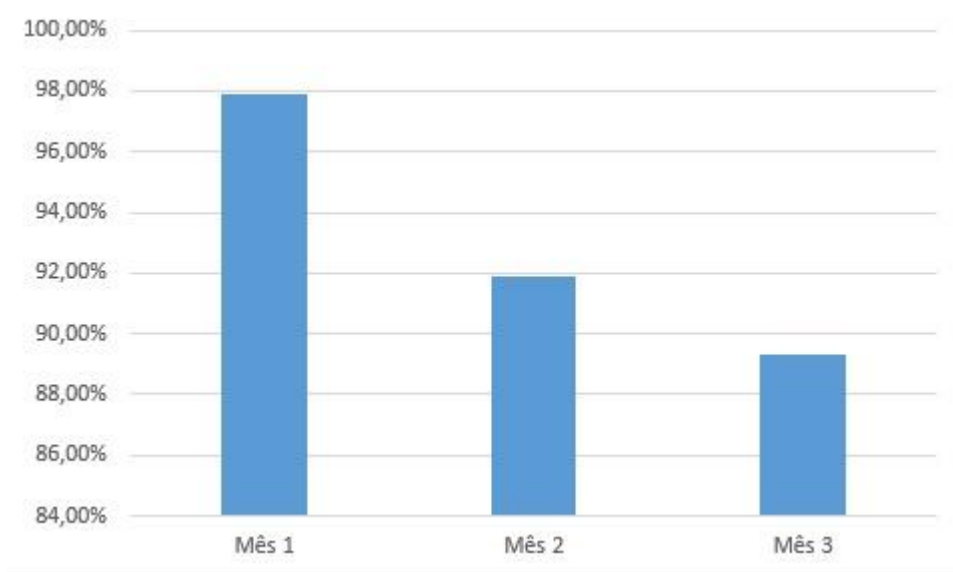
Minha área tem 88 usuários hipertensos. Até começar a intervenção 31 eram cadastrados no programa Hiperdia, o que correspondia a 35%. Ao longo da intervenção, usuários já cadastrados tiveram seus dados atualizados, tiveram suas fichas-espelho preenchidas e foi feita busca ativa por novos casos, totalizando 45 cadastramentos.

O que dificultou a busca ativa foi tratar-se de uma área rural, com difícil acesso e a falta de participação de alguns agentes comunitários de saúde.



Por se tratar de um diagnóstico objetivo, foi possível diagnosticar alguns casos novos, especialmente entre o segundo e o terceiro mês, conforme a marcação, execução e apresentação de exames.

Como meta tivemos a realização do exame clínico completo em 100% dos hipertensos cadastrados, não tínhamos dados sobre este indicador, antes da intervenção. Ao término da intervenção 89,7% dos usuários hipertensos cadastrados no programa, foram submetidos ao exame clínico.



(Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo)

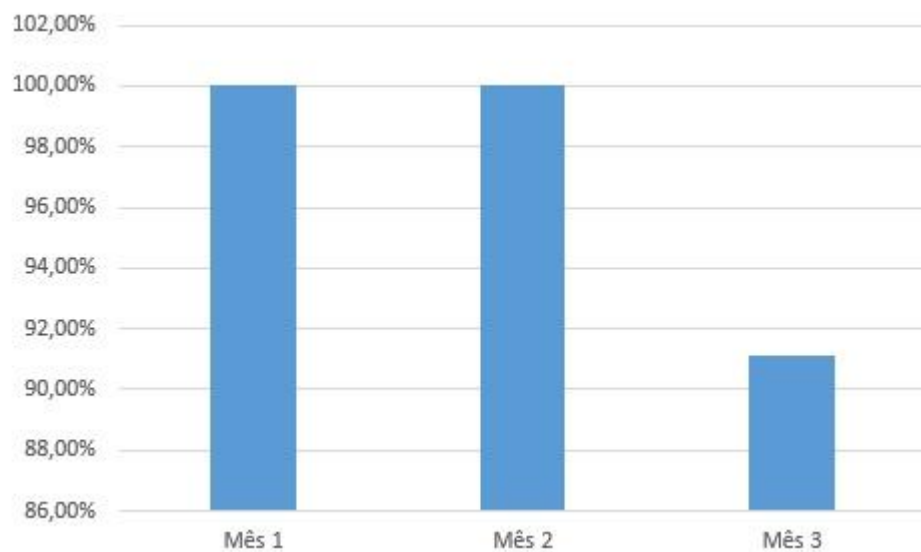
Objetivo: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante o primeiro mês de intervenção 98% dos hipertensos tiveram exame clínico de acordo com o protocolo, no entanto, por interferência da gestão nos atendimentos e nas visitas domiciliares durante principalmente o segundo e terceiro meses, a proporção diminuiu ligeiramente.

Como meta tivemos a realização do exame clínico completo em 100% dos diabéticos cadastrados, não tínhamos dados sobre este indicador, antes da intervenção. Ao término da intervenção 91,1% dos usuários diabéticos cadastrados no programa, foram submetidos ao exame clínico conforme protocolo.



(Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo)

**Objetivo:** Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos da área adstrita

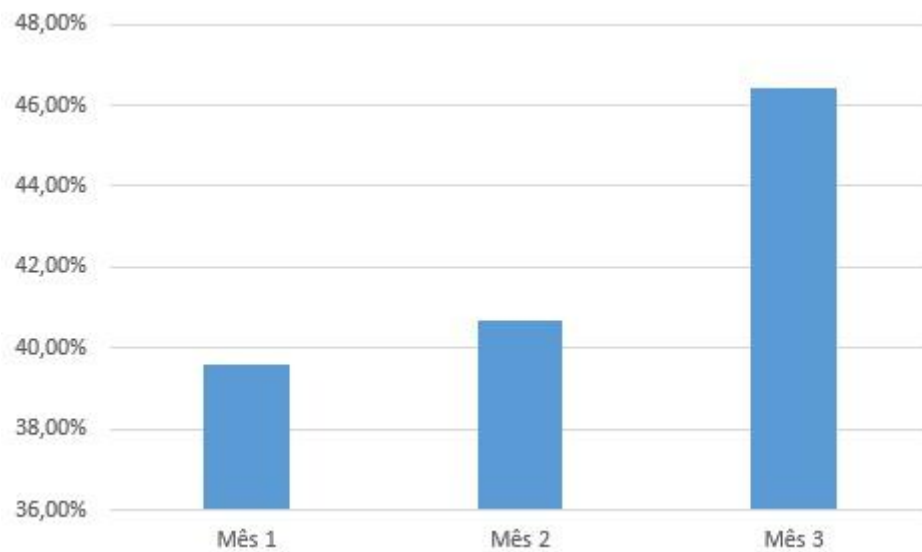
**Meta:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

**Indicador:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante o primeiro mês de intervenção 100% dos diabéticos tiveram exame clínico de acordo com o protocolo, no entanto, por interferência da gestão nos atendimentos e nas visitas domiciliares durante principalmente o segundo e terceiro meses, a proporção diminuiu ligeiramente para 91,1%

Outro indicador de qualidade é a proporção de usuários com exames complementares em dia, conforme protocolo.

Como meta tivemos a realização dos exames complementares em 100% dos hipertensos cadastrados, não tínhamos dados sobre este indicador, antes da intervenção. Ao término da intervenção 46,4% dos usuários hipertensos cadastrados no programa, foram submetidos aos exames complementares conforme protocolo. (Figura 5)



(Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo)

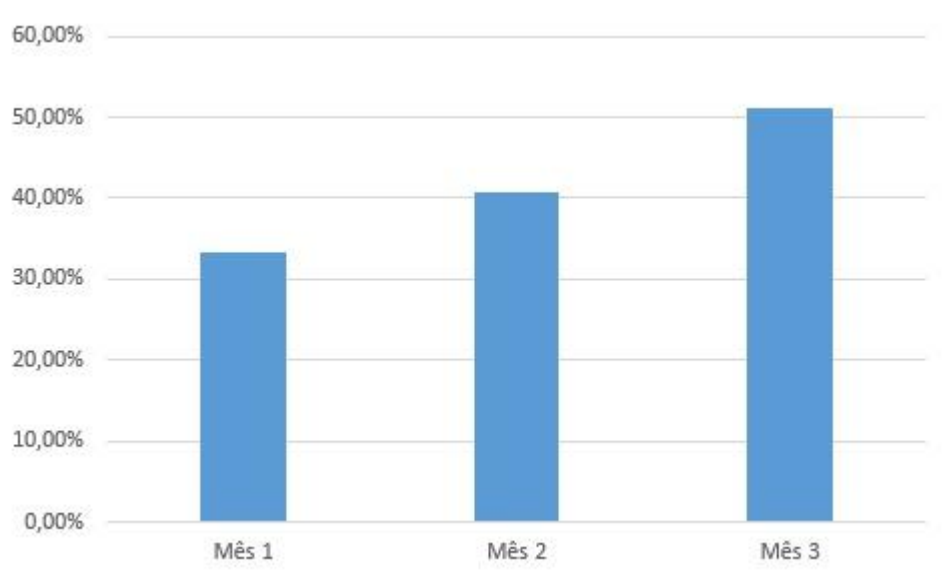
Objetivo: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Garantir a realização de exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos hipertensos

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção a proporção de usuários com exames complementares em dia aumentou entre o segundo e terceiro meses, pois tratou-se do período de tempo entre a solicitação, marcação, coleta e apresentação dos exames.

Outra meta foi a realização dos exames complementares em 100% dos diabéticos cadastrados. Não tínhamos dados sobre este indicador, antes da intervenção. Ao término da intervenção 51,1% dos usuários diabéticos cadastrados no programa, foram submetidos aos exames complementares conforme protocolo. (Fig.6)



(Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo)

Objetivo: Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos da área adstrita

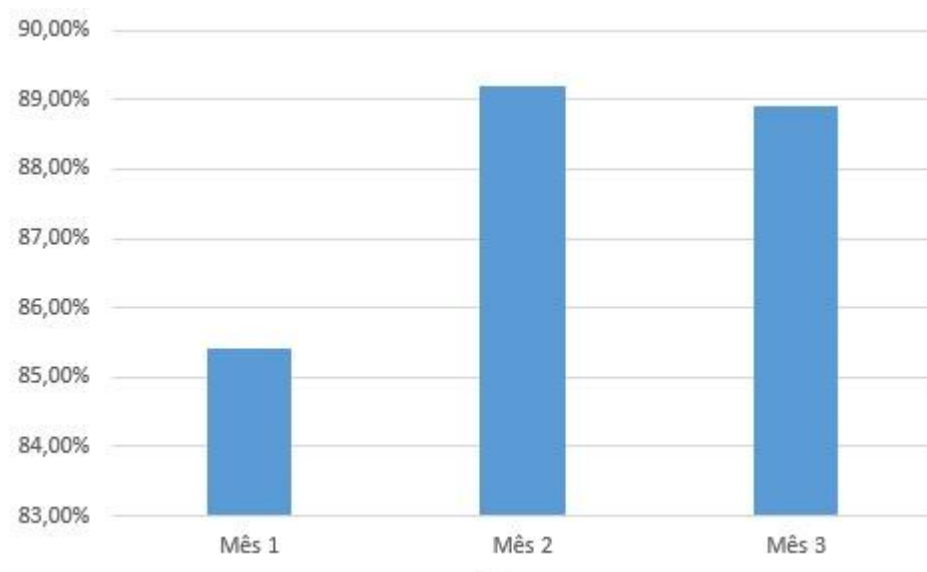
Meta: Garantir a realização de exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos diabéticos

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção a proporção de usuários com exames complementares em dia aumentou significativamente entre o primeiro, segundo e terceiro meses, pois tratou-se do período de tempo entre a solicitação, marcação, coleta e apresentação dos exames.

A prescrição de medicamentos fornecidos pelo Programa Hiperdia ou Farmácia Popular é outro indicador de qualidade que abrange a acessibilidade do tratamento pelo usuário e a adesão ao tratamento.

Tínhamos como meta priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo Programa Hiperdia ou Farmácia Popular a 100% dos hipertensos cadastrados. Não temos dados comparativos. Ao término da intervenção 88,9% dos hipertensos utilizavam medicamentos fornecidos pelo Programa Hiperdia ou Farmácia Popular. (Fig.7)



(Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada)

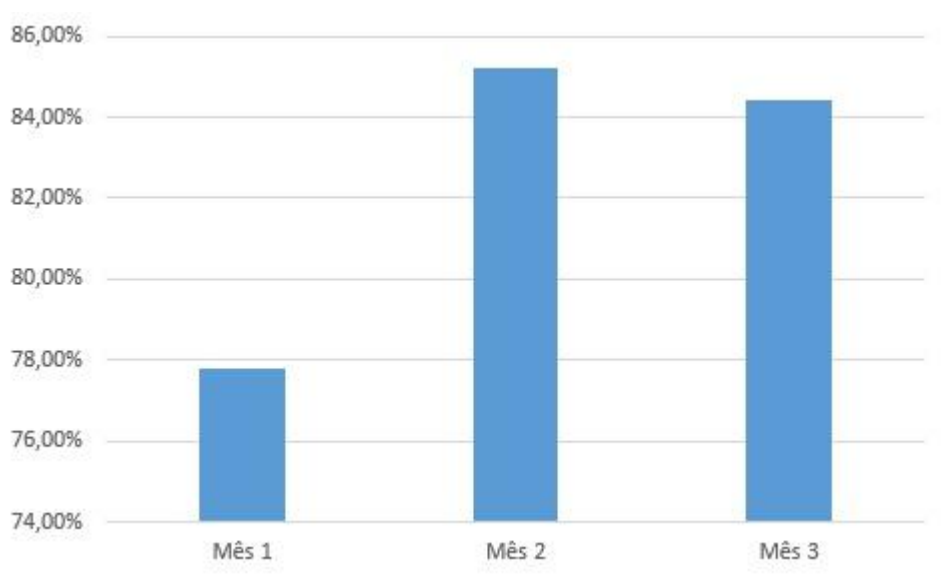
Objetivo: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de hipertensos prescrição de medicamento da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao término da intervenção tivemos 88,9% dos usuários hipertensos cadastrados, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Devido à comodidade posológica e à indicação do uso de medicamentos não incluídos nos programas, não foi possível atingir os 100%.

Tínhamos como meta priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo Programa Hiperdia ou Farmácia Popular a 100% dos diabéticos cadastrados. Não temos dados comparativos. Ao término da intervenção 84,4% dos diabéticos utilizavam medicamentos fornecidos pelo Programa Hiperdia ou Farmácia Popular. (Fig. 8)



(Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.)

Objetivo: Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos da área adstrita

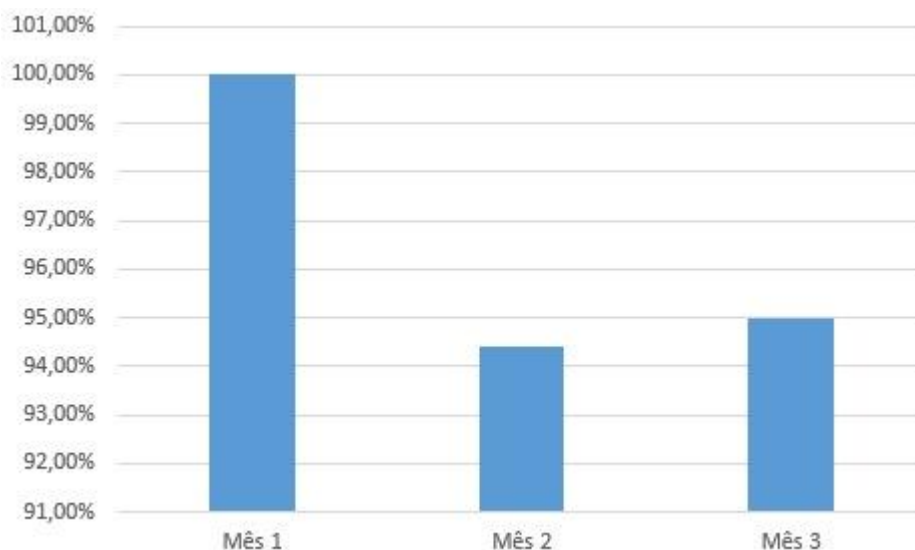
Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de diabéticos prescrição de medicamento da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao término da intervenção tivemos 84,4% dos usuários diabéticos cadastrados, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Devido à comodidade posológica e à indicação do uso de medicamentos não incluídos nos programas, não foi possível atingir os 100%, dentre estes a glicazida e algumas insulinas de ação longa.

Algumas ações foram desenvolvidas no intuito de melhorar a adesão dos usuários ao tratamento e ao acompanhamento regular na unidade de saúde.

Como meta tivemos, buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Ao término da intervenção 95% dos usuários hipertensos faltosos com busca ativa, compareceram à unidade. (Fig.9)



(Figura 9 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa)

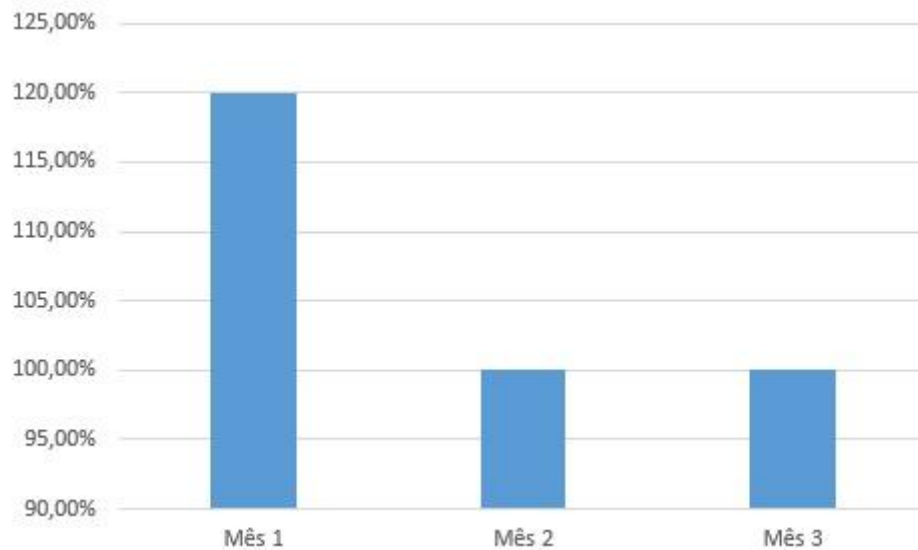
**Objetivo:** Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

**Meta:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

**Indicador:** Proporção de hipertensos faltosos à consulta com busca ativa.

Ao início da intervenção, tínhamos 60 usuários cadastrados, faltosos às consultas. Para realizar a busca ativa, utilizamos os registros de março a julho de 2014, para direcionar a busca pelos faltosos. Ao término da intervenção, 95% dos usuários faltosos compareceram à unidade para seguimento. (fig. 11)

Quanto aos usuários diabéticos, tivemos como meta, buscar 100% daqueles faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Ao término da intervenção 95% dos usuários diabéticos faltosos com busca ativa, compareceram à unidade. (Fig. 10)



(Figura 10 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa)

**Objetivo:** Melhorar a adesão de diabéticos ao programa

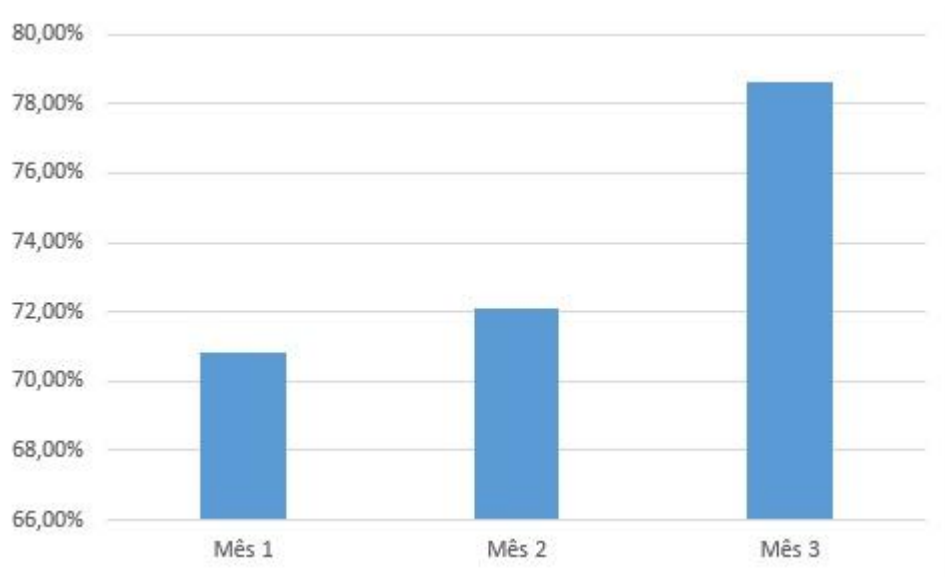
**Meta:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:** Proporção de diabéticos faltosos à consulta com busca ativa.

No início da intervenção tínhamos 14 usuários com consulta em atraso. Durante o primeiro mês, compareceram 6 usuários com consulta em atraso, enquanto foi feita busca por apenas 5 deles, ou seja, houve mais de 100% de usuários com consulta em atraso comparecendo à unidade. Ao término da intervenção, com a ajuda dos agentes de saúde, conseguimos atender a todos os usuários diabéticos faltosos.

Com o objetivo de melhorar o registro de informações sobre hipertensos, foi avaliado o preenchimento de fichas-espelho de acompanhamento. Ao término da intervenção, 78,6% dos hipertensos tinham registros adequados, em suas fichas-espelho. (Fig. 11)





(Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento)

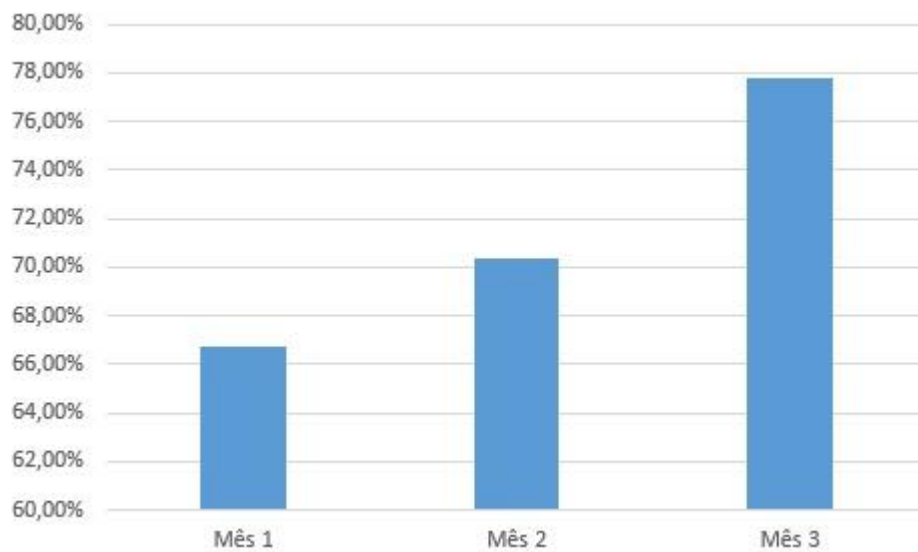
Objetivo: Melhorar os registros de informações de hipertensos

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O preenchimento adequado dos registros é uma tarefa cansativa, demorada, e que requer dados muitas vezes indisponíveis pelos usuários, como por exemplo, resultados de exames. Desta forma, não foi possível atingir a meta de 100%.

Com o objetivo de melhorar o registro de informações sobre diabéticos, foi avaliado o preenchimento de fichas-espelho de acompanhamento. Ao término da intervenção, 77,8% dos diabéticos tinham registros adequados, em suas fichas-espelho. (Fig. 12)



(Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento)

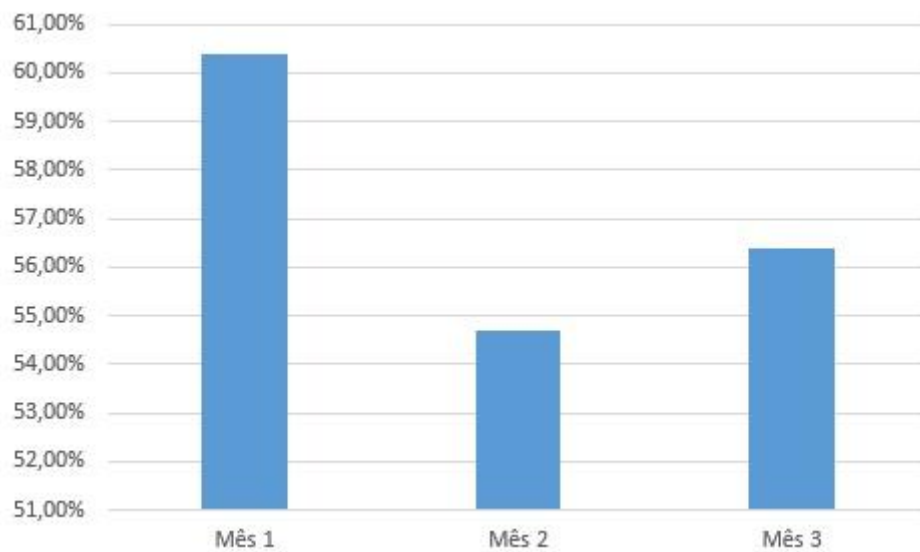
Objetivo: Melhorar os registros de informações de diabéticos.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O preenchimento adequado dos registros é uma tarefa cansativa, demorada, e que requer dados muitas vezes indisponíveis pelos usuários, como por exemplo, resultados de exames. Desta forma, não foi possível atingir a meta de 100%.

Com o intuito de avaliar o risco cardiovascular dos hipertensos residentes na área, realizamos durante a anamnese e exame físico a estratificação de risco. Ao final da intervenção, 56,4% dos hipertensos foram estratificados de acordo com o risco cardiovascular. (Fig. 13)



(Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia)

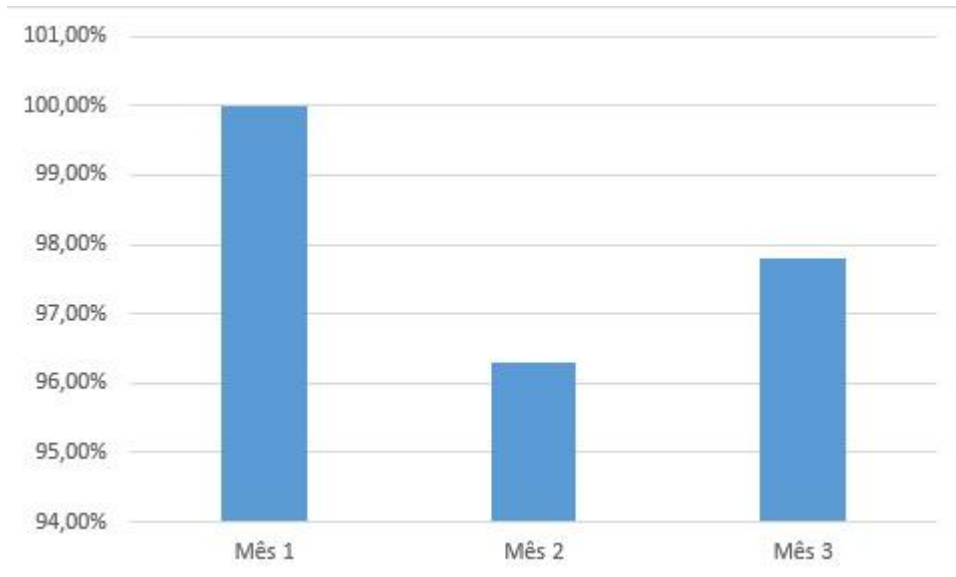
**Objetivo:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No decorrer da intervenção, a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular diminuiu, devido ao fato de que demandava tempo da consulta. Aqueles com lesões de órgãos alvo, foram os melhores avaliados.

Para avaliar o risco cardiovascular dos diabéticos residentes na área, realizamos durante a anamnese e exame físico a estratificação de risco. Ao final da intervenção, 97,8% dos diabéticos foram estratificados de acordo com o risco cardiovascular. (Fig 14)



(Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia)

**Objetivo:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

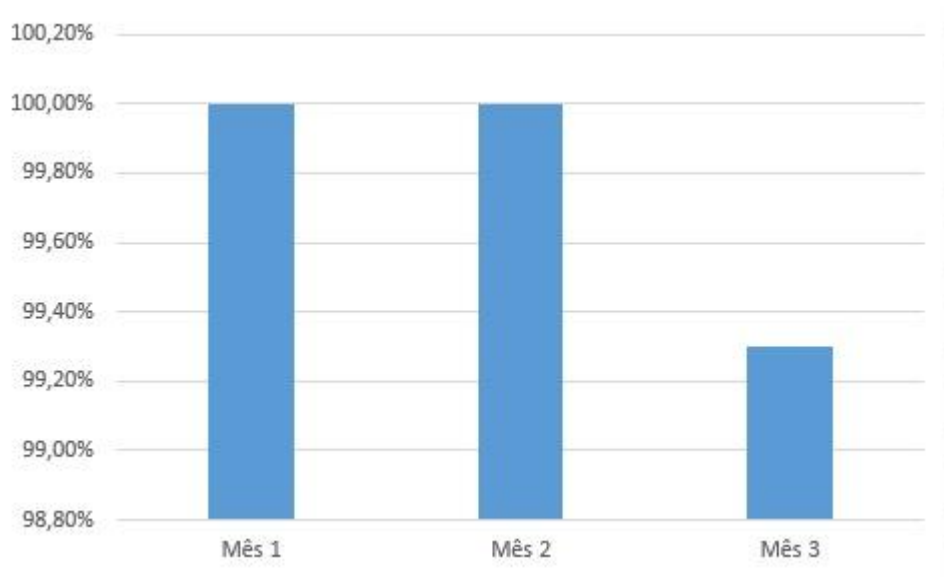
**Meta:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A proporção dos diabéticos com estratificação de risco foi de 97,8%. Este grupo, por ser menor, e apresentar uma grande proporção de lesões de órgão alvo, teve sua classificação de risco facilitada, bem como por realizarem rotineiramente mais exames.

Dentre os indicadores de promoção à Saúde, está a Orientação nutricional.

Ao término da intervenção 99,3% dos hipertensos receberam orientação nutricional sobre a importância de hábitos saudáveis de alimentação. (Fig. 15)



(Figura 15 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável)

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No decorrer da intervenção, apenas dois usuários não receberam orientação nutricional. Praticamente 100% foi orientado. Este hábito acabou incorporado à rotina do serviço.

Dentre os indicadores de promoção à Saúde, está a Orientação nutricional.

Ao término da intervenção 100% dos diabéticos receberam orientação nutricional sobre a importância de hábitos saudáveis de alimentação, o que correspondeu aos 45 usuários cadastrados. (Fig. 16)



(Figura 16 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável)

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

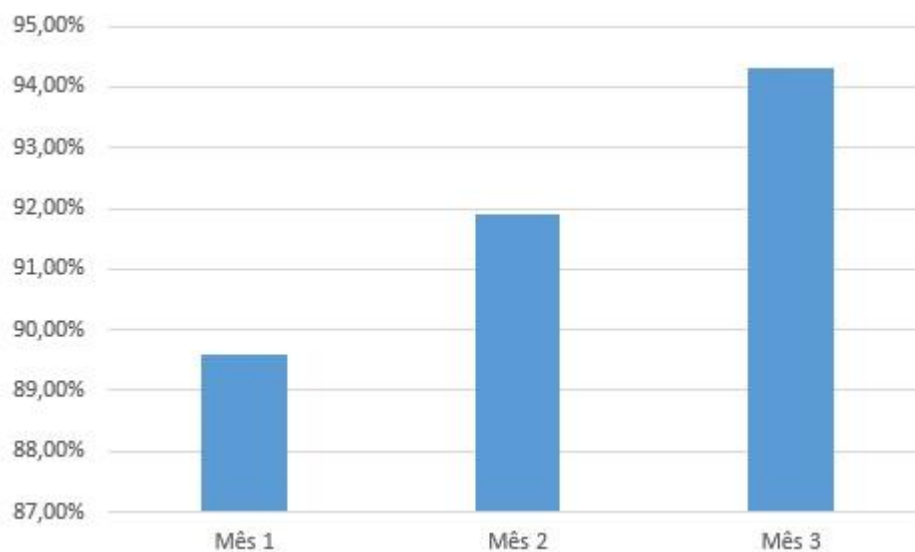
Meta: Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Diante da interferência dos hábitos alimentares na história natural do diabetes, 100% dos usuários tiveram orientação nutricional e isto incorporou-se à rotina do serviço.

Outro indicador de promoção à saúde foi o incentivo à prática de atividade física.

Ao término da intervenção, 94,3% dos hipertensos foram orientados sobre à prática de atividade física. (Fig. 17)



(Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular)

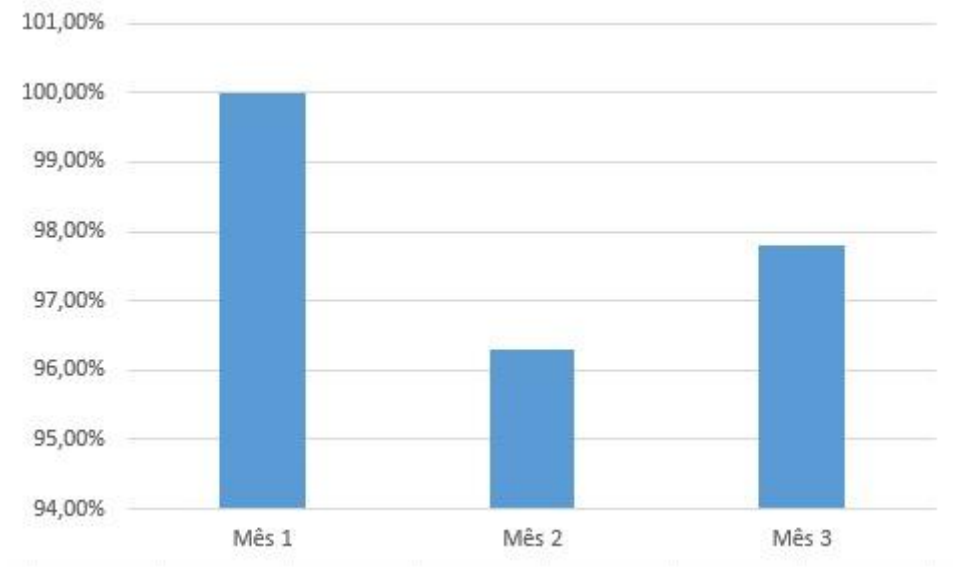
Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

No decorrer da intervenção a proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física alcançou 94,3%, correspondendo a 132 dos 140 cadastrados. Considerando que cadastramos usuários deficientes visuais, sequelados de AVC e acamados, pode-se considerar atingida a meta.

Ao término da intervenção, 97,8% dos diabéticos foram orientados sobre à prática de atividade física. (Fig. 18)



(Figura 18 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular)

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos

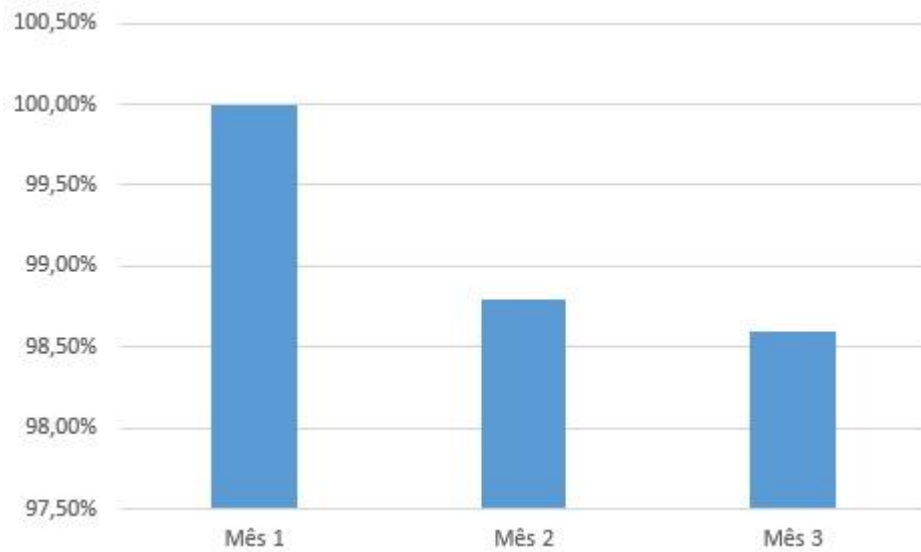
Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Praticamente todos os usuários diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, 44 dos 45 cadastrados, O que correspondeu a 97,8%.

Outro indicador de promoção à saúde é o esclarecimento sobre os riscos do tabagismo

No decorrer da intervenção, 98,6% dos hipertensos foram orientados quanto ao risco do tabagismo. (Fig. 19)





(Figura 19 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo)

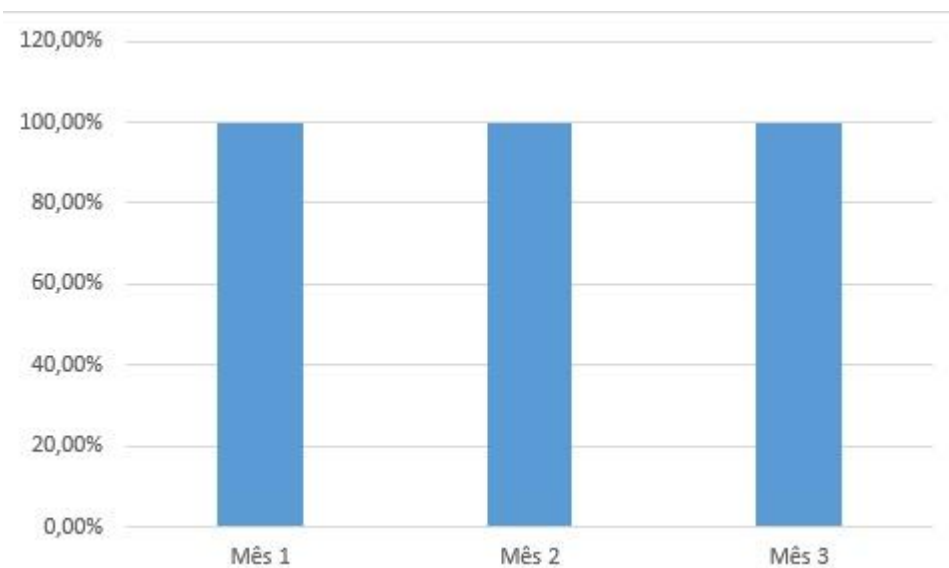
Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Durante a intervenção 98,5% dos hipertensos cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, atingindo a meta proposta.

No decorrer da intervenção, 100% dos diabéticos foram orientados quanto ao risco do tabagismo. (Fig. 20)



(Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo)

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os indicadores de saúde bucal foram nulos, pois não contamos com a colaboração da equipe de saúde bucal durante a intervenção.

#### **4.2. Discussão**

A intervenção, realizada na UBSF Cacimba de Baixo, Serra Caiada- RN, propiciou um aumento da cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos, a incorporação de exame clínico apropriado na consulta de rotina, bem como a realização de exames conforme protocolo. Resultou também na incorporação da promoção dos hábitos saudáveis à rotina de atendimento, bem como a criação do grupo de promoção à saúde. Promoveu a busca ativa de todos os diabéticos com consulta em atraso e sua estratificação de risco. Melhorou os registros nas fichas de acompanhamento.

Para a equipe, salvo alguns membros que não participaram das ações, o projeto foi de grande valia, através da melhora da prática clínica através da capacitação, da melhora na organização do trabalho e mesmo pela satisfação individual em ver o engajamento em prol da comunidade na qual residem, no caso dos agentes comunitários de saúde, e suas famílias.

A enfermeira, precisou capacitar-se para em conjunto com o NASF, realizar ações coletivas de promoção. O técnico em enfermagem e os agentes comunitários de saúde também capacitaram-se para realizar aferição de pressão, exame dos pés e compreenderem qual era o grupo de busca ativa.

Para o serviço, a intervenção propiciou uma melhor organização das ações de trabalho, o registro dos usuários,

No caso dos usuários, a intervenção contribuiu através do diagnóstico de hipertensão e diabetes, a priorização da prescrição de medicamentos disponíveis gratuitamente, a adoção de hábitos saudáveis. A demanda aumentada levou a gestão a licitar medicamentos usados no tratamento do tabagismo. Outro ponto positivo foi um incentivo ao tratamento da obesidade.

Apesar da ampliação da cobertura, estatisticamente ainda temos muitos casos que não são acompanhados na UBSF ou que são subdiagnosticados.

Uma das falhas na intervenção, creio que tenha sido a escolha por um grupo populacional muito grande, que requereria o empenho de toda a equipe. Se fosse realizar a intervenção nesse momento, limitaria a população a duas ou três comunidades, nas quais contaria com o apoio dos agentes comunitários de saúde. Mobilizaria também a comunidade para cobrar insumos e materiais que nunca foram disponibilizados pela gestão.

A intervenção é perfeitamente possível de ser incorporada à rotina do serviço, desde que, a equipe, ou no mínimo o médico da equipe, esteja disposto a executá-la. É preciso ainda um melhor engajamento da equipe, especialmente de Saúde Bucal.

Continuamos cadastrando novos usuários hipertensos e diabéticos na área. Continuamos também as atividades de promoção à saúde. À partir do conhecimento da realidade desse grupo, é plausível iniciar um programa de combate ao tabagismo e obesidade.

#### **4.3. Relatório da comunidade**

Durante doze semanas de 8 de agosto a 30 de outubro, a equipe da UBSF Cacimba de Baixo desempenhou atividades a fim de melhorar a qualidade do cuidado aos hipertensos e diabéticos, pois observou-se que o número de cadastrados era muito inferior ao estimado na área.

Entre essas ações, esteve a busca dos hipertensos e diabéticos com consultas em atraso. Durante a consulta, eles foram auscultados e os pés foram examinados. Foram orientados sobre a higiene com os pés e o tipo de calçado mais adequado. Foram também solicitados os exames para aqueles que tinham exames atrasados.

A medicação que foi receitada, quase sempre, estava disponível gratuitamente na Farmácia Popular. Os usuários também foram orientados sobre qual documentos deveriam levar para cadastrarem-se neste Programa e onde poderiam se cadastrar no município.

Durante esse período, a enfermeira e a equipe do NASF realizou algumas reuniões do grupo de Promoção à Saúde Hiperdia, nas salas de espera do posto de Cacimba de Baixo e Lagoa das Figuras.

No final de toda consulta, eles eram orientados sobre a alimentação, a atividade física e os problemas que o fumo podem causar. Foram encorajados a deixar o cigarro e a perder peso para ajudar no tratamento da hipertensão e do diabetes.

Ao fim das atividades, sabemos que ainda há muito trabalho a se desenvolver e que os resultados chegam devagar.

#### **4.4. Relatório dos Gestores**

Durante os meses de agosto a outubro de 2014, foram desenvolvidas ações pertinentes a um Projeto de Intervenção, que teve como fim a obtenção de nota parcial para o título em especialista em Medicina da Família e da Comunidade da Universidade Federal de Pelotas. O objetivo geral do projeto foi Melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS de Cacimba de Baixo na zona rural do município de Serra Caiada/RN.

A abordagem do grupo de hipertensos e diabéticos, deveu-se à baixa cobertura, que compreendia 35% destes usuários. Nossa meta era cadastrar 70% destes usuários.

Para tal, reunimos a equipe para apresentar o projeto, distribuir as tarefas e capacitá-la a desenvolvê-las. Solicitamos ainda a compra de alguns materiais e insumos, que foram atendidas parcialmente pela gestão.

Organizamos os atendimentos, reservando 6 atendimentos ao dia para Hiperdia. Listamos os usuários com consultas em atraso de acordo com sua microárea e realizamos busca ativa. Esta atividade foi desempenhada principalmente pelos agentes comunitários de saúde, no entanto na microárea de Fernandes não pudemos contar com a colaboração dos mesmos.

Acrescentamos à rotina de atendimento da UBSF, o rastreamento da hipertensão, através da aferição durante a triagem. Melhoramos a qualidade do atendimento através da realização de exame clínico e solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo.

Mediante parceria com o NASF, a enfermeira da equipe pôde desempenhar ações coletivas de promoção à saúde, através do grupo de Hiperdia.

Foi incorporada à rotina também a conscientização da importância de hábitos de vida saudáveis: alimentação saudável, prática de atividade física regular e o combate ao tabagismo.

Os resultados obtidos foram a cobertura de 52,8% da meta para hipertensos e 68,2% para diabéticos. Considerando o período de 12 semanas, o resultado foi satisfatório.

Os indicadores de qualidade, como a realização do exame clínico alcançou 100% em hipertensos e diabéticos. Quanto aos exames complementares, precisamos melhorar o acesso para esses usuários, através da compra de equipamentos ou mesmo terceirização. Os hipertensos que tiveram exames complementares em dia conforme protocolo foram 46% e os diabéticos foram 51%.

A prescrição de medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular/Hiperdia retrata a qualidade do serviço e correspondeu a 89% dos medicamentos prescritos para hipertensos e 84% para diabéticos.

A busca ativa, um indicador de adesão, foi uma atividade árdua, mas contemplou 95% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos.

O registro de informações sobre estes grupos trata-se de um indicador de registro, importante para o planejamento da gestão. Alcançamos os índices de 76% de hipertensos e 78% de diabéticos com registros adequados nas fichas de acompanhamento.

A avaliação de risco cardiovascular foi realizada por 56% dos hipertensos e 97% dos diabéticos.

As medidas de promoção à saúde abrangeram 100% dos usuários e compreenderam a orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física e combate ao tabagismo.

A construção de uma Academia Popular na área, seria de grande incentivo à promoção da saúde. A licitação de medicamentos para tratamento do tabagismo e obesidade também.

As ações potencialmente apresentam resultados a médio e longo prazo, visto que o grande problema público que habita a hipertensão e o diabetes é o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Dessa forma, as ações precisam ter continuidade e ser aprimoradas.

## **5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem**

Ao término do reconhecimento do território, percebi quão falho e desorganizado estava o processo de trabalho. Reconheci as falhas viciosas e falhas por falta de conhecimento acerca da Estratégia Saúde da Família. Ao longo do preenchimento dos Cadernos de Atenção, pude conhecer quais os critérios que o serviço deve atender para prestar um serviço de qualidade e aos poucos fui introduzindo ao atendimento. Senti necessidade de estudar os protocolos de Hipertensão e Diabetes.

Após os testes de conhecimento, com as atividades de práticas clínicas, também precisei estudar temas inclusive que fazem mais parte da rotina da enfermeira da equipe, mas que foram de grande valia.

Com a elaboração do projeto, refleti sobre as necessidades da comunidade e o impacto que a escolha do tema traria. Dessa forma, optei pelo tema mais amplo, com a maior amostra, mas que era a maior demanda na minha rotina como médica do serviço. Enfrentei a resistência e falta de interesse de alguns membros da equipe e executei a maior parte do trabalho. No entanto, contei com o entusiasmo e o apoio da outra parte. Percebi que eles se sentiam privilegiados pelo interesse da médica em trabalhar com aquele grupo e este sentimento ia além dos agentes, para os usuários. A intervenção aproximou-me a alguns agentes de saúde e me proporcionou a antipatia de outros.

No decorrer da intervenção, pude aprender, me integrar à equipe, conhecer a comunidade e talvez o mais gratificante, ganhar a confiança destes na adesão ao tratamento, nas iniciativas para perda de peso e de abandono do tabagismo.

## 6. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2010; 17(3): 132-139.

SOUZA, Luciano Burigo de; SOUZA, Regina KazueTanno de; SCOCHI, Maria José. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 4, Oct. 2006 Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 July 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015>.

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, July 2012 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 July 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>.

Ramos, Ana Lúcia de Sá Leitão. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005./Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos. Fortaleza: s.n., 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /  
Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.  
ArqBrasCardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51



TAIANNY.xlsx - Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Fonte Alinhamento Número Estilo Formato como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células Edição

Área de Transf... fx A4

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3										
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente avaliado à necessidade de atendimento odontológico?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
47		44		0							
48		45		0							
49		46		0							
50		47		0							
51		48		0							
52		49		0							
53		50		0							
54		51		0							

Prontuario Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

POR PTB2 15:14 19/02/2015


**Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes**  
**Ficha espelho**

Avaliação Clínica												
Data	Profissional	PA (mmHg)	Peso(kg)	DMC	Estratificação de Risco		Exame dos pés	Exame físico	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação antitabagismo	Data da próxima consulta
					<del>Framingham</del> (Baixo/Mod/Alto)	LOE* (descrever)						

\*LOE (Lesão de órgão alvo)

Anexo 3

**Anexo 3: Documento do comitê de ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<b>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</b>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
	



Anexo 4 (Imagem 01)

(Capacitação dos ACS)

Anexo 5 (Imagem 02)



(Atividade de promoção à saúde)